إصلاح النظام الصحي في ليبيا

من إعداد
يوسف شيليك وعادل التاجوري

















إصلاح النظام الصحي في ليبيا

من إعداد

يوسف شيليك وعادل التاجوري

Kudüs Cad. No: ,9Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Turkey

الهاتف: +90-312-468 6172

الموقع الإلكتروني: www.sesric.org

البريد الإلكتروني: pubs@sesric.org

الرقم الدولي المعياري للكتاب: 978-625-7162-09-8

تصميم الغلاف: دائرة النشر، سيسرك.

لمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث عبر البريد الإلكتروني: research@sesric.org

جدول المحتويات

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

المختصرات

BHRs	مجلس المناطق الصحية
CCCs	مراكز الرعاية المجتمعية
CDUs	وحدات الأمراض المعدية
DALYs	سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة
DRGs	نظام "مجموعات التشخيص"
EU	الاتحاد الأوروبي
FPCs	مراكز أطباء الأسرة
FPs	أطباء الأسرة
GPCs	مراكز الممارسين في الطب العام
GPs	ممارسون في الطب العام
HDI	مؤشر التنمية البشرية
HIC	مركز المعلومات الصحية
HIS	نظام المعلومات الصحية
HSE	الهيئة التنفيذية للخدمات الصحية
HTP	برنامج التحول في النظام الصحي
IMR	معدل وفيات الرضع
IT	تكنولوجيا المعلومات
MENA	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
MoF	وزارة المالية الليبية
MoF	وزارة الصحة الليبية
MSO	منظمة الإمدادات الطبية
OOP	الأموال الخاصة
PHC	الرعاية الصحية الأولية
PHCCs	مراكز الرعاية الصحية الأولية
PHCs	مراكز الرعاية الصحية الأولية
PHCUs	وحدات الرعاية الصحية الأولية
Ps	العيادات متعددة التخصصات
RCEOs	كبار المسؤولين التنفيذيين الإقليميين
RHOs	موظفين إقليميين في مجال الصحة
SARA	تقييم مدى توافر الخدمات وجاهزيتها
UHC	التغطية الصحية الشاملة
USD	الدولار الأمريكي

شكر وتقدير

هذا التقرير نتاج عام كامل من العمل الدؤوب في إطار مشروع بحثي بشأن إصلاح النظام الصحي في ليبيا تم الاضطلاع به كجزء من عمل برنامج "بناء"، الذي يعتبر برنامجا تنمويا دوليا يهدف إلى مساعدة الدول الهشة مثل ليبيا على تجاوز التحديات التي تتخبط فيها من خلال إعادة بناء القدرات البشرية والمؤسسية على أساس الاحترافية والكفاءة والشفافية والحوكمة الرشيدة. وهو مبادرة مشتركة بين مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك) والبرنامج الليبي للإدماج والتنمية (LPRD) ومجموعة البنك الإسلامي للتنمية (IsDB)، ويضطلع سيسرك بدور الجهاز التنفيذي للبرنامج.

وقد شملت عملية إعداد هذا التقرير عددا من الأشخاص الذين شاركوا خبراتهم ومعارفهم القيمة في كل مرحلة من مراحل العمل لضمان سير هذا المشروع البحثي بسلاسة. ولولا تعاونهم ودعمهم لما كان إنجاز هذا التقرير ممكنا.

ونود هنا أن نعرب عن خالص تقديرنا وشكرنا لسيسرك لإدارته وإشرافه على المشروع البحثي بشأن إصلاح النظام الصحي في ليبيا. فقد قدم سيسرك إسهامات قيمة من خلال الحضور الفعلي في جميع المراحل الهامة للمشروع وتقديم التوجيه البناء اللازم. ونحن ممتنون للغاية للمدير العام لسيسرك، السيد نبيل دبور، على قيادته لهذا المشروع وإرشاداته القيمة. ونوجه شكر خاص للبرنامج الليبي للإدماج والتنمية ومديره العام، السيد مصطفى الساقزلي، على دعم عملنا خلال جميع خطوات هذا المشروع البحثي. ونود أيضا أن نعرب عن تقديرنا الكبير للدكتور كنان باغجي، منسق التقرير بشأن إصلاح النظام الصحي في ليبيا، على اقتراحاته القيمة والبناءة في مختلف مراحل إعداد هذا العمل البحثي. فقد تلقينا تشجيع كل من الدكتور كنان باغجي والدكتور جيم تين تين وأعضاء آخرين في سيسرك من خلال خلقهم لأجواء عمل ودية.

نود أن نعرب عن تقديرنا الكبير للمشاركين الدوليين والوطنيين في اجتماعي تبادل الأفكار والمصادقة. كما نتوجه بشكر خاص إلى المشاركين الدوليين المتميزين، من بينهم البروفيسور الدكتور محمد محمود خان، والبروفيسور الدكتور صباح الدين أيدين، والدكتور برنارد تاهيربيغولي، والخبراء من وزارة الصحة التركية، لمشاركتهم تجاربهم الدولية والوطنية في مجال إصلاح النظام الصحي في تركيا وكوسوفو ودول أخرى. وغني عن القول، أن مساهمة الخبراء والمهنيين الليبيين خلال الاجتماعات والمقابلات عبر الإنترنت في هذا التقرير كانت لا تقدر بثمن، حيث شاركوا معنا معارفهم وخبراتهم المتراكمة بطريقة شفافة وصريحة. فقد ساهمت المقابلات المتعمقة التي أجريت معهم بشكل كبير في تحديد المشاكل

والتحديات القائمة التي تواجهها ليبيا، وصياغة حلول بديلة لها. كما أننا ممتنون للمهنيين الليبيين في قطاع الصحة الذين شاركوا في دراستنا الاستطلاعية حيث تبادلوا وجهات نظرهم حول النظام الصحي الليبي.

ونشكر بشكل خاص كل من البروفيسور د. محمود خان والدكتور محمد م. ب.الفلاح، فضلا عن السيد مظهر حسين، اللذين سهروا على عملية مراجعة الأقران، وذلك لمراجعتهم الشاملة وتعليقاتهم على مشروع التقريرالأولي. كما نود أن نعرب عن تقديرنا للسيد مصطفى دينيس رموش الذي لم يدخر جهدا في التدقيق اللغوي للتقرير لضمان اتساق محتواه ووضوحه.

نحن نؤمن بشدة أن الشعب الليبي يستحق حياة أفضل بمستويات معيشية أعلى، يدعمها نظام صحي فعال. كما يستحق أن يكون لديه نظام صحي مع تغطية صحية شاملة تلبي توقعاته. وقد تم إعداد هذا التقرير بالكثير من التفاني والعمل الجاد، ونأمل أن يكون دليلا هاما يسترشد به صناع السياسات في إصلاح النظام الصحي في ليبيا.

البروفسور د. يوسف شيليك ود. عادل التاجوري

توطئة

يعتبر "بناء" برنامجا لبناء الدولة وقد أطلق بغرض دعم البلدان الهشة والمتأثرة بالصراعات. ويقف وراء البرنامج كل من البرنامج الليبي للإدماج والتنمية (LPRD) والبنك الإسلامي للتنمية (IsDB) ومركز الابحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (SESRIC). ويتمثل أبرز أهداف البرنامج في دعم ليبيا وشعبها لتجاوز التحديات القائمة في البلد في إطار الجهود المبذولة لبناء ليبيا جديدة قوية ومزدهرة. وقد تم إطلاق البرنامج بعد مشاورات عدة مع خبراء ومؤسسات فكرية ليبية وتركية ودولية وأخرى تابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، وجميعهم اقترحوا أن يتضمن برنامج "بناء" مكونا يعنى بالمشاريع البحثية التي تركز على تحليل مستوى هشاشة مؤسسات الدولة والتحديات التي تعيق عملية إعادة بناء ليبيا حديثة وتقديم مجموعة من الحلول لليبيين لتنفيذها.

وفي هذا السياق، تمت صياغة مشروع البحث حول إصلاح الإدارة العامة بشكل عام وقطاع الصحة على وجه الخصوص. كما تقرر أيضا توثيق مخرجات المشروع البحثي في تقريرين: تقرير بشأن إصلاح الإدارة العامة في ليبيا وتقرير آخر بشأن إصلاح النظام الصحي في ليبيا. ويعد هذا المشروع ذو أهمية بالغة بالنسبة لعملية بناء الدولة في ليبيا، خاصة وأن الدولة ومؤسساتها العامةتعاني من الضعف والهشاشة. وزيادة على ذلك، تقرر أن يضطلع بمهمة إعداد هذا البحث خبراء ليبيين وأتراك ودوليين في مجال إصلاح الإدارة العامة وقطاع الصحة، وذلك بهدف الاستفادة من الخبرات التركية والدولية وإشراك الباحثين والممارسين الليبيين الذين سيقدمون لفريق البحث صورة عامة وتصورات بخصوص الأوضاع المحلية. كما أن لمشاركة الباحثين الليبيين مزايا كبيرة تعود عليهم بالنفع من حيث بناء القدرات من خلال التفاعل مع باقي أعضاء الفريق الدولي للخبراء. وفرض هذا النموذج لتكوين فريق البحث تحديات إدارية، لكنه في الآن ذاته أثبت نجاعته من حيث الخبرات التي يزخر بها الفريق وتقديم تحليل دقيق وحلول عملية خاصة بالوضع الليبي. وحلل البحث وضع الإدارة العامة في ليبيا من خلال منظور شامل.

وبعد ما يقرب من عام من العمل الدؤوب، بما في ذلك تنظيم العديد من ورشات العمل وإجراء مقابلات مع ممارسين ومسؤولين وخبراء ليبيين، تكللت مهمة تحليل واقتراح حلول لإصلاح القطاع العام في ليبيا بالنجاح. ويتمثل الهدف الرئيسي للمشروع البحثي لبرنامج "بناء" في دعم الليبيين على إعادة بناء مؤسساتهم اعتمادا على خارطة طريق واضحة المعالم وحلول قابلة للتنفيذ من خلال إرادة الشعب وصناع القرار في ليبيا. وسيواصل برنامج "بناء" تقديم الدعم لليبيين في جهودهم الرامية لبناء الدولة، مع الإيمان الراسخ بأنهم سينجحون في بناء دولة قوية تحتوي جميع مواطنيها ويسود فيها الأمن والاستقرار والازدهار.

وأخيرا وليس آخرا، أتقدم بخالص الشكر والتهنئة لكل شخص شارك في إعداد هذا العمل البحثي القيم بما في ذلك الجهات الشريكة سيسرك والبنك الإسلامي للتنمية والبرنامج الليبي للإدماج والتنمية.

مصطفى الساقزلي

المدير العام

البرنامج الليبي للإدماج والتنمية

ملخص

من الواضح أنه ليس فقط إصلاح قطاع بأكمله في بلد مثل ليبيا حيث يوجد صراع داخلي حاد وبيئة سياسية غير مستدامة قد يشكل مهمة صعبة للغاية، بل حتى إجراء بعض التغييرات الصغيرة في قطاع معين قد يكون له نفس الوقع. فمثل هذه الظروف تخلق مشاكل أخرى ذات أهمية مثل الفساد وانعدام الثقة. فعندما يواجه بلد معين كل هذه القضايا السياسية والصراعات السلبية، يصبح إصلاح النظام الصحي أكثر صعوبة لأنه يتطلب جهدا مبنيا على التعاون يُبذل في إطار الإلمام بمختلف وجهات النظر وتوقعات أصحاب المصلحة الرئيسيين.

يُنظر إلى الصحة على أنها هدف يجب تحقيقه، بينما يُنظر إلى الرعاية الصحية على أنها سلعة أو خدمة للمساعدة في تحقيق الهدف الصحي المنشود. لذلك، فإن نقطة البداية لإعادة هيكلة النظام الصحي أو الشروع في إصلاحات ناجحة على مستوى الصحة وتنفيذها تتطلب تحليل النظام الصحي. ويسعى هذا التقرير للإجابة على ثلاثة أسئلة رئيسية في تحليل النظام الصحي الليبي: (أ) كيف يتم هيكلة وتنظيم النظام الصحي؟ (ب) كيف يتم تمويل النظام الصحي؟ و (ج) كيف يتم تقديم الرعاية الصحية؟ أما أجوبة هذه الأسئلة، فهي توفر فهما عميقا للمشاكل والتحديات التي يجب معالجتها وتمكن من تطوير حلول أكثر ملاءمة.

توفر الحكومة الليبية رعاية صحية مجانية لجميع المواطنين. وتعتبر وزارة الصحة (MoH) الجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية. ومن خلال سلسلة من المرافق الصحية العامة، تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية وتنظم القطاع الصحي الخاص المتنامي. تنقسم الدولة إلى 101 بلدية، لكل منها مجلس وظيفي ومديريات مختلفة مسؤولة عن عمليات التخطيط والتنفيذ والرصد والتقييم لقطاعات الصحة والتعليم والاقتصاد وغيرها. ومنذ مارس 2006، كان هناك اتجاه نحو المركزية والتزامن على مستويات مختلفة (WHO-ROEM, 2011; WHO, Ministry of Health of Libya & EU, 2017).

وقد أدى عدم الاستقرار السياسي والظروف الاجتماعية والاقتصادية المتقلبة وضعف القيادة إلى إضعاف عملية التخطيط في قطاع الصحة، حتى كادت تختفي. وكانت عملية صنع القرار في الأساس رجعية وأكثر توجها نحو التشغيل منه إلى التخطيط ذي الرؤية أو الاستراتيجي كما كانت عليه من قبل. وأصبح ضعف النظام الصحي واستياء السكان واضحا وانعكس ذلك في ارتفاع معدل السياحة الصحية إلى البلدان المجاورة حتى بالنسبة للظروف الصحية الحميدة نسبيا أو التدخلات غير المعقدة.

في عام 2016، تم إنشاء مركز وطني لإصلاح النظام الصحي لإضفاء الطابع المؤسسي على أنشطة

الإصلاح الصحي. وعملت المنظمات الدولية والمؤسسات المحلية بشكل فردي لتطوير عدد من الخطط الاستراتيجية الوطنية مثل صحة الأم والطفل، ونظام المعلومات الصحية (HIS)، واستراتيجية الرعاية الصحية الأولية وغيرها. ومع ذلك، فإن دورة التخطيط والتقييم ليست كاملة، حيث يوجد بشكل عام نقص في الإرادة السياسية، وعدم وجود ارتباط بين هذه الاستراتيجيات أو الخطط والمؤشرات لتقييم الأداء والرصد والتقييم النموذجي اللازمين لتحديث هذه الخطط.

يمول النظام الصحي في ليبيا من خلال ميزانية الدولة. ولا توجد قاعدة أو عملية صريحة لتحديد مقدار الأموال المخصصة لقطاع الصحة. فعادة ما يكون مبلغ الميزانية العامة للدولة هو المحدد الرئيسي لميزانية وزارة الصحة. ثم يتم تحديد ميزانية مرافق الرعاية الصحية في المناطق المختلفة ضمن وزارة الصحة. وتُدفع رواتب مهنيي الصحة العاملين في مرافق الرعاية الصحية المختلفة في مختلف المناطق مركزيا من ميزانية وزارة الصحة. كما يتم تمويل بنود الإنفاق الإداري وبعض بنود الإنفاق الأخرى لمرافق الرعاية الصحية من خلال تبني ميزانية البنود، ويتمتع مديرو مرافق الرعاية الصحية باستقلالية محدودة للغاية فيما يتعلق بإنفاق هذه الميزانية لأغراض مختلفة بدلا من الأغراض المحددة مسبقا.

لا تتلقى مرافق الرعاية الصحية تمويلا إضافيا لتغطية احتياجاتها من الأدوية والبنية التحتية والبناء. وعلى الرغم من أن البلديات مسؤولة عن التنسيق وتقديم بعض خدمات الرعاية الصحية في مناطقها، إلا أنها لا تتلقى أيضا أية موارد مالية ولا تستطيع تحصيل الأموال من الضرائب المحلية أو مصادر الدخل الأخرى. ولأن مديري بعض مرافق الرعاية الصحية يتمتعون بسلطة توظيف مهنيي الرعاية الصحية، فإن هناك انتقادات مفادها أن مرافق الرعاية الصحية تعاني من زيادة في العمالة وأنه لا توجد قواعد لتحديد الأشخاص الذين ينبغي توظيفهم في مرافق الرعاية الصحية ولا عددهم.

أنفقت ليبيا 3.6% من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، وبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على قطاع الصحة بالدولار الأمريكي المعدل حسب تعادل القوة الشرائية حوالي 958 دولارا أمريكيا. وعلى مدار عام 2010، كان مصدر غالبية الإنفاق على الصحة (69.9%) من الحكومة بينما كا القطاع الخاص هو مصدر النسبة الباقية (30%). وإجمالي الإنفاق على الصحة لا يقل عن المتوسط في العديد من البلدان النامية، ولكن يمكن اعتبار حصته في الناتج المحلي الإجمالي أقل من العديد من البلدان الأخرى، كما أن عبء المدفوعات من الأموال الخاصة أعلى.

على الرغم من أن جميع الليبيين لهم الحق في استخدام الخدمات الصحية في المرافق العامة مجانا، إلا أن الكثير من الناس يعتمدون على مرافق الرعاية الصحية الخاصة لتلبية احتياجاتهم الصحية لأن المرافق العامة غير مزودة بما يكفي من الموظفين والتجهيزات. ويدفع العديد من الليبيين من أموالهم الخاصة مقابل الخدمات التي يتلقونها من القطاع الخاص وهم غير مشمولين بالتأمين ضد العبء المالي الذي تسببه أمراضهم.

في ليبيا، يوجد نظام مختلط يجمع بين الرعاية الصحية العامة والخاصة، بدلا من نموذج حكومي بحت. ويتم تقديم الرعاية الصحية من خلال سلسلة تتكون من وحدات للرعاية الصحية الأولية، ومراكز صحية، وعيادات شاملة ومراكز التأهيل، ومستشفيات عامة في المناطق الحضرية والريفية، بالإضافة إلى عدد من مستشفيات الرعاية المتخصصة. وفي غياب سياسة حكومية واضحة ومتماسكة، واجهت العيادات الخاصة على العموم حالة من عدم اليقين بدرجة كبيرة وافتقرت إلى الموارد للاستثمار في توسعها وتطويرها. فقد مُنحت هذه العيادات تراخيص تشغيل دون معايير أو سياسات تفتيش واضحة، مما جعل أصحابها يخشون من إلغاء السلطات لتراخيصها بشكل تعسفي. ويعتمد التوظيف في القطاع الخاص على مهنيي الرعاية الصحية الذين عملوا في القطاع العام وتم نقلهم إلى القطاع الخاص. كما تقتصر الخدمات التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الخاصة بشكل عام على الأنشطة الأساسية مثل العمليات البسيطة، لأن عدم وجود التأمين الصحي يعني أن السكان سيضطرون إلى الدفع من أموالهم الخاصة مقابل علاجات أكثر تكلفة في القطاع الخاص (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

أظهر تقييم مدى توافر الخدمات وجاهزيتها (SARA) في ليبيا أن درجة الجاهزية الإجمالية لتقديم الخدمات الأساسية من قبل المستشفيات بلغت 69%، مما يشير إلى مستوى جاهزية متوسط لتقديم الخدمات. وقد تم تخفيض الدرجة الإجمالية بشكل أساسي بسبب قلة توافر الأدوية الأساسية (44%) ومحدودية توافر الاختبارات التشخيصية (63%). كما كانت درجة الجاهزية الإجمالية البالغة 45% بالنسبة لمرافق الرعاية الصحية الأولية منخفضة بشكل غير مقبول وأشارت إلى أن القدرة على تقديم الخدمات الصحية الأساسية في هذه المرافق كانت محدودة للغاية. وتكمن أكبر القيود في الجانب المتعلق بتوافر الأدوية الأساسية، بنسبة 16% فقط. وكان توافر التدابير الوقائية والتشخيصات القياسية أعلى، بنسبة 49% و 48% على التوالي، بينما كانت درجة المعدات الأساسية 50% (WHO, MoH of Libya & EU, 2017). والجدير بالذكر أن عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 شخص يبلغ 3.7، وهو ما يزيد بمقدار 1.1 سرير عن معيار منظمة الصحة العالمية (2.6 سرير لكل 1000 شخص).

يوجد في ليبيا عدد كبير من العاملين في القطاع الصحي، لكن توزيعهم سيء، مما أدى إلى نقص حاد في الموارد البشرية في العديد من المرافق الصحية. كما أدى ضعف الحوكمة بسبب المخاوف الأمنية والقيود المالية إلى ثني الموظفين عن العمل بفعالية. فبعض العاملين الصحيين لا يذهبون إلى المرافق إطلاقا وعدد قليل منهم يتفقدونها مرة واحدة في الأسبوع. ويعتبر عدم التوازن في توزيع العاملين الصحيين في ليبيا مشكلة رئيسية معترف بها بشكل عام.

يعتبر نقص الإمدادات الطبية (المنتجات الطبية التي تستخدم لمرة واحدة والمستحضرات الصيدلانية الأساسية) وعدم كفاية نظام الإمداد الطبي مشكلة كبيرة من ناحية الإمدادات الطبية والتكنولوجيا في

ليبيا (Daw, El-Bouzedi, & Dau, 2016). كما يعتبر النقص الحاد في الأدوية الأساسية مشكلة مشتركة تساهم في عدم فعالية تقديم الخدمات الصحية في ليبيا (WHO, Libya Ministry of Health & EU, 2017).

يتطلب تطوير إصلاحات صحية أكثر استجابة وقابلة للتنفيذ بيانات مفيدة وأدلة أفضل حول الأسباب الجذرية للمشاكل والعقبات القائمة. كما أن دراسة مؤشرات أداء النظام الصحي ومقارنتها مع البلدان الأخرى المماثلة من شأنه أن يوفر أدلة على المشاكل والعقبات التي يعاني منها النظام الصحي. لهذا السبب، تم تطوير إطارين مختلفين من قبل منظمة الصحة العالمية (2007) وروبرتس وآخرون. (2002) في هذا التقرير، ويتم استخدامهما لتقييم مؤشرات أداء النظام الصحي الليبي ودراسة المشاكل القائمة على مستوى مختلف الجوانب الرئيسية للنظام الصحي في ليبيا من أجل صياغة مقترحات إصلاح أكثر ملاءمة لتعزيز النظام الصحي في ليبيا.

غالبا ما تكون جودة الخدمات في قطاعي التعليم والصحة غير مرضية في ليبيا. وعلاوة على ذلك، لا يلبي أي من القطاعين احتياجات السكان بشكل كاف. وفي الواقع، في حين أن المؤشرات الصحية العامة مرضية نسبيا، فإن النظام يعاني عددا من أوجه القصور، لا سيما من حيث جودة الرعاية، وتحفيز الطاقم الطبي، وجودة التمريض وتدريب الممرضات والممرضين، وعدم توافر المبادئ التوجيهية لتشخيص وعلاج الأمراض، وضعف مستوى التعليم والتدريب المهني، وغياب استراتيجية قطاعية واضحة مبنية على المؤشرات الصحية المطلوب تحقيقها. ومن أوضح المؤشرات على المشاكل التي تواجه النظام ارتفاع عدد الأشخاص الذين يلتمسون العلاج في الخارج (EU, 2013).

يعرض هذا التقرير مجموعة من مقترحات الإصلاح ويحدد أولويات النظام الصحي الليبي. ويهدف إلى تطوير المزيد من مقترحات الإصلاح ذات الصلة من خلال الاستفادة من التجارب الدولية وأفضل الممارسات، ومن خلال إسناد مقترحات الإصلاح إلى المشاكل والعقبات القائمة في النظام الصحي الليبي. كما يهدف هذا التقرير إلى إنتاج مخرجات مفيدة لاستخدامها من قبل الحكومة والمسؤولين الليبيين بما في ذلك جميع الكيانات الوطنية والمحلية، فضلا عن أصحاب المصلحة الآخرين، من خلال تقديم مشورة الخبراء وإرشاداتهم لتخطيط وتنسيق وتنفيذ ورصد النظام الصحي في ليبيا.

لتحقيق هذه الأهداف، تم تخطيط وتنفيذ ثلاث منهجيات بحث مختلفة للحصول على المزيد من الأدلة والبيانات ذات الصلة اللازمة لتطوير إصلاحات صحية أكثر ملاءمة لليبيا: (1) مراجعة التجارب الدولية والوطنية والممارسات الفضلى في البلدان الأخرى، (2) الحصول على آراء مقدمي المعلومات الرئيسيين حول المشاكل والعقبات القائمة في النظام الصحي الليبي بالإضافة إلى توصياتهم لمعالجة هذه المشاكل من خلال إجراء بحث نوعي، (3) البحث الكمي للحصول على آراء مقدمي الرعاية الصحية حول المشاكل والمعوقات والأولويات ومستوى الرضا عن النظام الصحي الحالي.

على غرار ما يُظهره مسح الأدلة الفضلى من البلدان الناجحة، لا يوجد معيار ذهبي يجب مراعاته في إصلاح قطاع الصحة في أي بلد، ويبدو أنه من غير المنطقي نسخ نظام في بلد معين لإنجاح النظام الصحي في بلد آخر. إذ يجب أن تحدد ليبيا اتجاهها الخاص وإصلاحات نظامها الصحي بناء على تاريخها ونظامها الصحي السابق وخبرات الإصلاح والقدرات والتركيبة السكانية والعوامل الخاصة بكل بلد. ويمكن أن يكون إصلاح قطاع الصحة في ليبيا تطوريا أو ثوريا اعتمادا على شدة وتقلب مشاكل الصحة والإدارة العامة في البلاد. وتشير الدلائل التي تم الحصول عليها من مصادر مختلفة في هذا التقرير إلى وجود العديد من المشاكل الخطيرة على مستوى الصحة والإدارة العامة التي يجب أخذها في الاعتبار عند إصلاح وتغيير النظام الصحي في ليبيا، وهذه المشاكل قد تدفع ليبيا إلى قبول إصلاحات ثورية.

وفقا لنتائج الدراسة النوعية، فإن المشاكل أو العقبات الأكثر تواترا تتعلق "بالتنظيم وتقديم الخدمة" و "القوى العاملة في القطاع الصحي" و "الحوكمة والريادة". ويعتبر كل من الفساد، ونقص الريادة/ الدعم/ الحوكمة، والرؤية الاستراتيجية القضايا المتعلقة بحوكمة وريادة النظام الصحي في ليبيا. وقد ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أن مستوى التمويل المخصص لقطاع الصحة في ليبيا غير كاف ويحتاج إلى الزيادة. كما أشاروا إلى أن الطريقة التي تم بها إنفاق الأموال لم تكن حكيمة حتى يتم تحقيق النتائج المرجوة مثل الكفاءة وحماية الفقراء ضد الإنفاق من الأموال الخاصة. وقد مثل كل من دور القطاع الخاص وإدارة المستشفيات ومستوى استقلاليتها وعدم كفاءتها ودور مرافق الرعاية الصحية الأولية المشاكل الرئيسية التي ذكرها مقدمي المعلومات الرئيسيين فيما يتعلق بتنظيم وتقديم الخدمات الصحية.

شكلت قضايا الدوافع والحوافز، وتدريب مهني قطاع الصحة وجودة التدريب، وسوء توزيع مهني الطب أكثر القضايا التي تم ذكرها أو تكرارها إلى جانب الطاقم الصحي في المقابلات التي أجريت مع مقدمي المعلومات الرئيسيين. كما يُنظر إلى العدد الهائل من الموظفين في مرافق الصحة العامة، وخاصة الموظفين الإداريين، على أنه مصدر عدم الكفاءة وانخفاض بواعث الهمة والحوافز. ونظرا لعدم وجود تقييم موضوعي للأداء، فإنه يتم تجديد جميع العقود تقريبا كل عام. ويمثل جانب الإمدادات والتكنولوجيا الطبية مشاكل وعقبات خطيرة للغاية بالنسبة للمديرين أو صناع القرار في القطاع الصحي في ليبيا. كما أن الفساد والقرارات واللوائح غير العقلانية يؤثر على النظام الصحي بأكمله بطريقة سلبية للغاية. ونظام المعلومات الصحية غير قادر على معالجة بيانات ذات نوعية جيدة وإتاحتها لمستخدميه. أما الاستنتاج الآخر لهذا التقرير فهو يتمثل في كون النظام الصحي في ليبيا ضعيف أو سيئ للغاية في ممارسة أدواره المتوقعة.

لمعالجة هذه القضايا، يجب أن يكون لدى الحكومة والقادة السياسيين رؤية واضحة والتزام بتغيير نظام الرعاية الصحية، ودعم إصلاحاتها. كما يجب أن إدراج أنشطة الإصلاح على جدول أعمال القادة

السياسيين وليس على مستوى مجلس الإدارة. ويجب أن تحظى الإصلاحات الصحية المناسبة بدعم أصحاب المصلحة الرئيسيين في النظام الصحي. ولكي تكون مقترحات إصلاح الرعاية الصحية في ليبيا فعالة وممكنة، يلزم إجراء تغييرات قانونية مناسبة من خلال تنظيم جميع جوانب نظام الرعاية الصحية، وزيادة الشفافية في صنع القرار، وتمكين أصحاب المصلحة والمنظمات غير الحكومية من المشاركة في تشكيل ملامح الإصلاحات.

يوجد اتفاق على زيادة دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية. ولكن هناك حاجة إلى اتباع نهج حذر تجاه القطاع الخاص. ومن المهم الإشارة إلى ضرورة تركيز الحكومة على الرعاية الصحية الأولية، وأن القطاع الخاص لا ينبغي أن يكون منافسا لنظيره العام، بل شريكا له. ويعتبر كل من مستوى استقلالية المستشفيات العامة واللامركزية من القضايا التي تمت مناقشتها على مدار 20 عاما في ليبيا. وقد عرف النظام الصحي موجات بين المركزية واللامركزية، علما أن دافع هذه المناقشات تمثل في الأسباب التاريخية والثقة والفساد. لهذا السبب، لا توجد رؤية واضحة حول درجة اللامركزية في النظام الصحي في ليبيا أو في المجالات التي يجب أن تلعب فيها الحكومة المحلية دورا أكبر.

تشير الدلائل المستمدة من التقارير والإحصاءات الوطنية والدولية، فضلا عن نتائج البحث النوعي والمسح الصحي، إلى أن ليبيا يجب أن تمر بعملية جادة لإصلاح الرعاية الصحية. وتحتاج الإصلاحات في قطاع الصحة الليبي إلى اتجاه واضح واستراتيجية أوضح، كما يجب تشكيل جوانب أو لبنات بناء النظام الصحي حول هذا الاتجاه، الذي يمكن تعريفه على أنه مهمة ورؤية النظام الصحي الليبي وهو يوجه صناع السياسات وصناع القرار لتطوير إصلاحات صحية أكثر ملاءمة. وفي هذا الاتجاه، يوصى بأن يتم الفصل بين تمويل الخدمات الصحية وتقديمها وإدارتها من قبل وزارات مختلفة.

يُعتقد أن على وزارة الصحة لعب دور فعال على مستوى الحوكمة والريادة في تقديم الخدمات، لكن يوصى بإعادة تنظيم النظام الصحي في ست مناطق صحية في ليبيا. وتعتبر مسائل مثل استحداث مراكز أطباء الأسرة (FPCs) أو مراكز الممارسين في الطب العام (GPCs)، وتغيير دور مرافق الصحة العامة القائمة، وإنشاء المزيد من المستشفيات المستقلة، وشراء الخدمات الصحية من المرافق الصحية العامة والخاصة، وتعزيز دور الصيدليات الخاصة، واستحداث منظمة مستقلة وفعالة أكثر تعنى بالإمدادات الطبية (MSO)، من التغييرات الأساسية والمهمة الأخرى المندرجة في نموذج النظام الصحي الموصى به لليبيا.

ينبغي لوزارة الصحة أن تلعب دورها في الحوكمة والريادة من خلال تطوير اللوائح السليمة والمناسبة، وإعداد الخطط الاستراتيجية، وتخطيط الموارد البشرية، وتصميم نظام معلومات صحية أفضل وأنسب، وما إلى ذلك. بعد ذلك، يجب أن تكون سلطات الصحة الإقليمية مسؤولة عن التنفيذ والإشراف والمراقبة والتنسيق والتعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص والتعاون مع

مقدمي الخدمات الصحية والاجتماعية المحليين مثل البلديات والمنظمات غير الحكومية والتطوعية، إلخ. كما يجب اختيار مديري المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية العامة من بين المهنيين، بما في ذلك جميع المتخصصين في الرعاية الطبية من ذوي الخبرة والمدربين في مجال الصحة و إدارة المستشفيات.

يبدو أن الفساد والظروف غير المستدامة فضلا عن التغيير المتكرر لوزراء الصحة تعتبر كلها من العقبات الرئيسية أمام تطوير مقترحات الإصلاح المناسبة والتنفيذ الناجح لها. واتباع نهج تشاركي من خلال إشراك جميع أصحاب المصلحة المعنيين في صياغة مقترحات الإصلاح، وتبادل الأفكار وفتح مقترحات إصلاح مطورة للنقاش ما بين الجامعات والمنظمات غير الحكومية فضلا عن وسائل الإعلام تعتبر جميعها إجراءات لزيادة الشفافية وكسب الدعم لمقترحات الإصلاح.

تشير الدلائل المستمدة من أفضل الممارسات الدولية ووجهات نظر المشاركين في مراكز الفكر والخبراء الرئيسيين إلى أن الأمر المهم هو كيفية إنفاق الأموال وليس كيفية جمعها. وتوصى ليبيا بالرفع من كفاءة صندوق التأمين الصحي العام الذي تم إنشاؤه مؤخرا من خلال التنفيذ الفوري لمنهج تقاسم التكاليف بين المشتري والمزود. ويجب تمويل صندوق التأمين الصحي من خلال الإيرادات الحكومية أو الضرائب العامة. علما أن ميزة اقتراح صندوق تأمين صحي ممول من الدولة تتمثل في كون المواطنين الليبيين على دراية بالنظام الذي تموله الدولة، وليس من المتوقع منهم دفع أقساط أو تبني نهج الدفع المشترك لاستخدام الخدمات الصحية في المرافق العامة. فصندوق التأمين الصحي المركزي من شأنه تخصيص أموال للفروع الإقليمية لصندوق التأمين الصحي بناء على احتياجات المناطق الصحية. وينبغي له وضع اللوائح وتطوير القواعد العامة لاتخاذ القرارات وإبرام العقود مع المؤسسات الصحية العامة والخاصة. كما يجب عليه أن يلعب دورا نشطا في تحديد وتنفيذ نظام السعر المرجعي لجميع الأدوية والعقاقير التي يتعين على صندوق التأمين الصحي سداد ثمنها. يمكن لمبلغ صغير في إطار الدفع المشترك مقابل الخدمات المتلقاة من المستشفيات العامة على مستويي الرعاية الثانوية والثالثة تقليل الاستخدام غير الضروري وزيادة الكفاءة. ويجب على صندوق التأمين الصحي أن يرصد باستمرار سلوكيات المرافق الصحية العامة والخاصة المتعاقد معها لاستخدام طريقة السداد الأنسب. وعلى المدى الطويل، قد يكون من الضروري استخدام نظام "مجموعات التشخيص" لتحفيز المستشفيات أكثر من أجل قبول وتقديم رعاية أكثر تطورا للمرضى الذين يعانون من أمراض شديدة الخطورة تتطلب استخدام تقنيات أكثر تقدما. يبدو أن نظام التعويض الفردي أكثر ملاءمة لأطباء الأسرة (FPs) أو الممارسين في الطب العام (GPs). ومع ذلك، يمكن سداد تكاليف مراكز الرعاية المجتمعية (CCCs) من خلال الرسوم مقابل الخدمة (إذا كانت تدير المختبرات وتجري بعض الاختبارات التشخيصية الأساسية لدعم أطباء الأسرة أو الممارسين في الطب العام أو من خلال الدفع التجميعي لخدماتها المخطط لها والمعتمدة مثل الفحص والتحصين أو التثقيف الصحي.

يبدو أنه يجب منع الممارسة المزدوجة ومطالبة الأطباء بالعمل إما في المرافق الصحية العامة أو الخاصة. وتتمثل المحاولة الأولى، في هذا الصدد، في زيادة الحوافز، وخاصة رواتب المهنيين الصحيين الذين يفضلون العمل في القطاع الخاص بسبب الرواتب المرتفعة بشكل أساسي، لتشجيع الأطباء على العمل في مرافق الصحة العامة. وكبديل، على المدى القصير، تكمن الطريقة الأنسب في استحداث نظام دفع قائم على الأداء يهدف إلى دفع أجور المهنيين الصحيين العاملين في مرافق الصحة العامة اعتمادا على حجم وجودة الخدمات المقدمة والإجراءات المتخذة. كما أن تطوير نظام ميزنة شفاف خاص بالمستشفيات يسمح للعاملين فيها رؤية مساهمتهم في إجمالي إيراداتها وتتبع نفقاتها من أجل الرفع من مستوى الوعي بالتكاليف من شأنه أن يكون مفيدا في جذب المتخصصين في الرعاية الصحية للعمل في مرافق الصحة العامة.

تعتبر الشفافية والمساءلة في عملية صنع القرار لدى صناع السياسات على جميع المستويات أمران ضروريان لخلق الثقة في النموذج الموصى به على المدى الطويل. ومع ذلك، ينبغي أن تكون عملية رصد وتدقيق القرارات الفعالة (بما في ذلك القرارات المالية) المتعلقة بالنفقات أو العقود مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص من خلال صناديق التأمين الصحي المركزية والإقليمية ضرورية على المدى القصير. ولهذا الغرض، يوصى بإنشاء هيئة مستقلة لتدقيق الحسابات. كما يمكن تشجيع صناديق التأمين الصحي على التعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص المعتمدين أو المتحصلين على شهادات الجودة، أو خلق حوافز إضافية لمكافأة مقدم الخدمات مقابل الجودة والسلامة.

يعاني النظام الصحي الليبي من القصور وهو دون المستوى. فرغم أن مرافق الصحة العامة تستوفي معايير منظم، الصحة العالمية من حيث عدد الأسرة لكل 1000 شخص. إلا أن التوزيع غير المتكافئ للأسرة ومرافق الرعاية الصحية عبر المقاطعات والمناطق المختلفة يزيد من سوء الوصول إلى الخدمات الصحية وتوافرها. إذ أن أسرة المستشفيات، في عدد من المناطق، تبقى فارغة تقريبا كما يشير إلى ذلك معدل شغْل الأسرة. وللمغالطة، يقوم مديري هذه المستشفيات المنتشرة على نطاق واسع بالإبلاغ عن إحصاءات خاطئة لأن الميزانية تُخصص للمستشفيات بناء على عدد الأسرة وليس على الأداء الفعلي وشغْل الأسرة وعدد الحالات المسجلة لدى المستشفيات. وإلى جانب ذلك، تضرر عدد من مرافق الصحة العامة وسُرقت بعض أصولها، كما يفتقر الكثير منها إلى المعدات اللازمة لتقديم خدمات صحية أفضل. الامر الذي يستوجب تحسين نظام إدارة الإمدادات وإجراءات إعادة إمداد المرافق الصحية أو استبداله بأنظمة جديدة.

إن ليبيا بحاجة إلى إيجاد نظام لتعزيز التنسيق بين السلطات المركزية والمحلية ولوائح وآليات جديدة للقضاء على الفساد، وإرساء الثقة بالنظام في جميع القطاعات بما في ذلك الصحة. ورغم أن التجارب

السابقة المبنية على نظام الحوكمة المركزية في قطاع الصحة والقطاعات الأخرى قد يشير إلى أن إضفاء طابع المركزية على المسؤوليات وإدارة النظام الصحي بطريقة مركزية لم يفضي إلى النتائج المرجوة، إلا أن أفضل حل لتنظيم عملية تقديم الخدمات الصحية قد يتمثل في مزيج من التنظيم المركزي والإقليمي. وبالنظر إلى المناطق الصحية الست في ليبيا، يمكن تنظيم مقدمي الرعاية الصحية في هذه المناطق، ويمكن للحكومة المركزية ووزارة الصحة دعم هذه الأخيرة.

يوصى بإعادة تحديد دور مرافق الرعاية الصحية الأولية. بحيث يجب إعادة هيكلة المرافق القائمة وإعادة تنظيم أدوارها، وذلك للحصول على تقسيم واضح للعمل لتوفير خدمات الرعاية الأولية والعلاجية لمستخدميها من خلال التركيز على أحدث أدوارها المحددة في هذا السياق. كما يجب أن تتولى مراكز أطباء الأسرة أو مراكز الممارسين في الطب العام ومراكز الرعاية المجتمعية دور مرافق الرعاية الصحية الأولية القائمة. وينبغي إعادة تحديد دور المستشفيات لتكون بمثابة نظام إحالة يوصى به فيما بين مقدمي الرعاية الصحية في ليبيا. وفي هذا الصدد، يمكن تصنيف المستشفيات على أنها محلية وإقليمية ومستشفيات إقليمية أو وطنية للبحث والتدريب. ويتعين تخصيص مستشفى إقليمي واحد على الأقل للبحث والتدريب لكل منطقة صحية لتقديم خدمات صحية أكثر تقدما باستخدام تقنيات متطورة وحديثة وموظفين مدربين بشكل أفضل.

يعد توفير الأدوية والمستحضرات الصيدلانية اللازمة جانبا مهما أيضا في تنظيم عملية تقديم الخدمات الصحية. وفي النظام الصحي الحالي، يتم توفير الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الموصوفة من قبل متاجر الإمدادات الطبية التي تملكها أو تديرها مرافق الصحة العامة. ومع ذلك، تفتقر العديد من المخازن الطبية في مرافق الرعاية الصحية العامة إلى الأدوية أو تعاني من عدم توفرها على سلسلة إمداد جيدة. لهذا السبب، يوصي النموذج الجديد بأن يتم توزيع الأدوية والمستحضرات الصيدلانية التي توصف للمرضى الخارجيين الذين يتم فحصهم إما في مرافق الرعاية الأولية أو الثانوية أو الثالثة العامة أو الخاصة من قبل الصيدليات التعاقدية الخاصة. ومع ذلك، يجب أن تكون المستشفيات أو المراكز التي تقدم خدمات للمرضى الداخليين مطالبة قانونيا بتوفير جميع المستلزمات الطبية والأدوية الضرورية من صيدلياتها، وألا يُسمح للمرضى أو أي وكيل بالحصول على الإمدادات الطبية والأدوية اللازمة خارج المستشفيات أو المراكز.

يوصى بإنشاء نظام إحالة لمقدمي الرعاية الصحية العامة في المناطق الصحية. وفي النموذج الموصى به، ستكون جهة الاتصال الأولى لمستخدمي الرعاية الصحية هي أطباء الأسرة أو الممارسين في الطب العام. لهذا السبب، ينبغي تعزيز دورهم لإحالة مرضاهم إلى مراكز أكثر ملاءمة للحصول على خدمات أكثر فعالية من حيث التكلفة. وإجازة أطباء الأسرة أو الممارسين في الطب العام إحالة مرضاهم فقط إلى مرافق الصحة العامة في منطقتهم. وتخويل المرضى إمكانية استخدام المرافق الصحية الخاصة

المتعاقد معها إذا وافقوا على تسديد ما قد يترتب عن ذلك من مبالغ الدفع المشترك.

في النظام الصحي الموصى به في ليبيا، يتعين على القطاع الصحي الخاص أن يلعب دورا أكبر في تقديم خدمات الرعاية الصحية باعتباره شريكا للقطاع العام بدلا من كونه منافسا لتلبية توقعات المواطنين الليبيين. كما يمكن أن يكون دور القطاع الخاص مكملا، بحيث يقوم بهذا الدور بالتعاقد مع صندوق التأمين الصحي العام لتقديم الخدمات الصحية للمواطنين الليبيين.

لا وجود لأي ممارسات فضلى للقوى العاملة الصحية في النظام الصحي الليبي. ومن الواضح أن ليبيا تعاني من إدارة مجزأة للغاية للقوى العاملة الصحية. الأمر الذي يحتم على وزارات الصحة والمالية والتخطيط القيام برصد ومراقبة الأداء الوظيفي للقوى العاملة الصحية بطريقة منسقة، مع العلم أن عاملي الدوافع والحوافز يعتبران مشكلة رئيسية بالنسبة للقوى العاملة الصحية. فإن نقص الدوافع والحوافز يؤدي إلى خروج المهنيين ذوي الخبرة والمؤهلين خارج البلاد حيث يمكنهم بسهولة العثور على عمل في البلدان المتقدمة. كما يعتبر كل من العمل في المرافق الصحية في ظل ظروف غير مقبولة والتعامل مع عدد كبير من المرضى وتلقي رواتب منخفضة عواملا تقلل من الدوافع التشجيعية للعاملين الصحيين. وإلى جانب ذلك، لا يوجد نظام لرصد الأداء الوظيفي للموظفين. وكل هذه العوامل تقلل من مسؤولية المديرين في تشغيل الموظفين المؤهلين. وفي أغلب الأحيان، يسترشد المسؤولون الصحيون بالسياسيين أو القادة المحليين ذوي التأثير أو القبائل أو الأقارب لتشغيل عدد أكبر من الموظفين. لهذا السبب، يجب متابعة الأداء الوظيفي للقوى العاملة الصحية بطريقة علمية وموضوعية، على كل من المستوى المركزي ومستوى المنشأة. كما أن هناك حاجة إلى إعداد تحليل ووصف وظيفي لتحسين عملية التخطيط في إطار تشغيل العاملين الصحيين لتقدير عدد ونوعية الموظفين اللازمين على مستوى المنشأة.

يوصى بإلغاء استقلالية مديري مرافق الرعاية الصحية العديين في تعيين العاملين الصحيين، وأن يتم الاضطلاع بهذه المسؤولية على المستوى المركزي. بحيث أنه يمكن تنفيذها بسهولة على المستوى المركزي لأن ليبيا بلد صغير نسبيا من حيث عدد السكان. ولكن يمكن اختيار كبار المديرين في المستشفيات العامة وتعيينهم على أساس تعاقدي. ويجب تحديد القواعد والمعايير الخاصة بكل مرفق رعاية صحية عام فيما يتعلق بالأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية من خلال النظر في نتائج دراسات التحليل الوظيفي وتوصيفات الوظائف العلمية، فضلا عن قدرات مرافق الرعاية الصحية والأعباء المترتبة عن المرضى.

توجد مشاكل على مستوى كل جانب من جوانب المنتجات والتكنولوجيا الطبية تقريبا، بدءا من التسجيل حتى السداد. وعليه، يجب أن تكون هناك لوائح جديدة تنظم التسجيل وتحديد الأسعار والمشتريات والتوزيع التي تعتبر العناصر الرئيسية للإمدادات والتكنولوجيا الطبية. كما أن وضع

سياسة وطنية تُعنى بالأدوية، وتشجيع وصف الأدوية الجنيسة واستخدامها، وتطوير سياسات الاستخدام الرشيد للأدوية، وتطبيق أنظمة تحديد أسعار عقلانية، وضمان الشفافية في المشتريات، وإنشاء سلسلة توريد فعالة، تعتبر كلها إجراءات ضرورية في ليبيا. ويوصى أيضا أن تكون منظمة الإمدادات الطبية هيئة تنظيمية وليس هيئة تخدم احتياجات مرافق الصحة العامة. وفيما يتعلق بمهام الشراء والتخزين والتوزيع، فيجب أن تتم عن طريق تجار الجملة أو الموزعين أو الصيدليات الخاصة. كما أن إدارة المستشفيات من شأنها أن تنخرط في عمليات شراء الأدوية والمعدات أو المناقصات المتعلقة بها.

يجب بذل الجهود لزيادة ثقة المواطنين الليبيين في الخدمات الصحية التي تقدمها المرافق العامة والخاصة، إلى جانب السماح للمرضى باختيار مقدمي الرعاية الصحية في القطاعين معا. ويمكن اقتراح مبلغ معقول في إطار الدفع المشترك إذا ما فضلوا استخدام مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص أو مقدمي الرعاية الصحية الثانوية والثالثة بدلا من مقدمي الرعاية الأولية. ويجب أن تنظم اللوائح القانونية حقوق المرضى من خلال إدخال آليات الشكاوى المناسبة داخل مرافق الرعاية الصحية أو منح المرضى حرية اختيار مقدمي الرعاية الصحية. كما يمكن تشجيع مقدمي الرعاية الصحية على زيادة رضا المرضى والاستجابة بشكل مناسب لتوقعاتهم من خلال تقديم خدمات صحية عالية الجودة.

يقدم هذا التقرير بعض التوصيات التي من شأنها المساهمة في عملية التنفيذ الفعال. وفي هذا الصدد، تجدر الإشارة إلى أن إصلاحات الرعاية الصحية الناجحة يجب أن تكون مستدامة وقابلة للتنفيذ. ومن الواضح أن هناك العديد من التقارير وورش العمل والاجتماعات حول الإصلاحات الصحية المطلوبة في ليبيا. بحيث هناك إجماع بين أصحاب المصلحة الرئيسيين في النظام الصحي من حيث شدة وتنوع المشاكل وأسبابها. وقد تم بلورة إصلاحات مطورة ولكن لم يتم تنفيذها فضلا عن أنشطة إصلاح جارية في ليبيا. إذ يبدو أن هناك مشكلة في تطوير السياسات والقرار السياسي ومراحل التنفيذ. لهذا السبب، ينبغي بذل جهود واعية ومخططة لوضع الإصلاحات الصحية على جدول أعمال صناع السياسات الرئيسيين وأعضاء البرلمان الليبي.

أثناء الرحلة الطويلة للإصلاح الصحي، يتعين على الجهات المعنية بالإصلاح الصحي أو صناع القرار الرئيسيين الذين يسعون إلى تغيير النظام الصحي اتباع أجندة ملموسة يجب وضعها بطريقة تشاركية، وتنفيذها من قبل فرق إصلاح صحي تتسم بالالتزام والعزم لكل مكون. وإن الاتساق في الإصلاحات على مستويي العرض والطلب، والزيادة من الفوائد الموجهة نحو المواطنين، والحوكمة والريادة القويتين، والدعم والعزم والالتزام بالتغييرات الإصلاحية، والتنفيذ السريع تعتبر جميعها أيضا عوامل تم رصدها في البلدان الأخرى التي نجحت في إصلاح أنظمتها الصحية.

لتحقيق النجاح، يجب على عملية تنفيذ الإصلاح الصحي البدء من نقطة ما. ويوصى الشروع بتغيير

القانون الطبي القائم في ليبيا. إذ أن النتائج تكشف أن العديد من المشاكل، خاصة تلك المتعلقة بالقوى العاملة الصحية، مرتبطة بالقانون واللوائح الطبية القائمة. وهذا يخلق تضاربا بين ممارسات المهنيين الصحيين، ويقلل من الدوافع التشجيعية. كما أن عددا من أوجه القصور والمشاكل المتواجدة في جانب الإمدادات والتكنولوجيا الطبية مثل التسجيل وتحديد الأسعار والترخيص وما إلى ذلك ترتبط بالقانون الطبي القائم. وإلى جانب ذلك، ترتبط مشاكل تقديم الخدمات الصحية وتراجع رضا المستخدمين عن المرافق الصحية أيضا بالتشريعات الطبية الحالية. لهذا السبب، يجب أن يقتنع صناع السياسات والقرارات الرئيسيون بضرورة تغيير لوائح النظام الصحي والقانون الطبي الحاليين من خلال تقديم دليل على الأسباب الجذرية الناشئة عن اللوائح الصحية غير الملائمة. وأثناء هذه العملية، من المهم إعداد ومشاركة التقارير أو نتائج ورش العمل أو الاجتماعات، أو محاولة إقناع صناع القرار الرئيسيين وأعضاء البرلمان بالمشاركة في إصلاح أنشطة قطاع الصحة.

يتميز هذا التقرير بنقاط قوة وعدد من القيود، بحيث تتمثل نقطة قوته الرئيسية في أنه يستخدم منهجيات مختلفة للحصول على بيانات وأدلة أكثر ذات الصلة حول كل من الأسباب الجذرية لمشاكل النظام الصحي والتوصيات الخاصة بمقترحات الإصلاح الأكثر ملاءمة والقابلة للتنفيذ. فهو يأخذ في الاعتبار: الممارسات الفضلى وتجارب الإصلاح الناجحة في البلدان الأخرى، ووجهات نظر خبراء النظم الصحية الدولية ذوي الخبرة في إصلاح النظام الصحي أو عمليات الإصلاح في البلدان الأخرى؛ وآراء مقدمي المعلومات الوطنيين الرئيسيين ذوي الخبرة في محاولات الإصلاح السابقة في النظام الصحي الليبي أو الذين يقدمون أو يديرون الخدمات الصحية؛ ووجهات النظر العامة لمقدمي الرعاية الصحية حول مستوى الرضا وأولويات النظام الصحي الليبي. كما تعاني الدراسة من بعض القيود بسبب صعوبة الوصول إلى أحدث البيانات من جميع مناطق البلاد بسبب الصراع المستمر، كما أن حالة الصراع القائمة تجعل من الصعب وضع رؤية أو اتجاه واضح للنظام الصحي في ليبيا في المستقبل.

1

مقدمة

إنه من الصعب إصلاح قطاع الصحة. بل إن الأمر أكثر صعوبة في ليبيا، التي تعاني من صراع داخلي حاد وبيئة سياسية غير مستدامة، لأن هذين العاملين يخلقان مشاكل هامة أخرى مثل الفساد وانعدام الثقة. فعندما يعاني بلد معين من حالة عدم اليقين السياسي والصراع الداخلي، يصبح إصلاح النظام الصحي أكثر صعوبة لأن صناع السياسات بحاجة إلى فهم مختلف وجهات نظر وتوقعات أصحاب المصلحة الرئيسيين والمجموعات الاجتماعية والسياسية. وقد أدى عدم الاستقرار السياسي والظروف الاجتماعية والاقتصادية المتقلبة وضعف القيادة إلى إضعاف عملية التخطيط في قطاع الصحة، حتى كادت تختفي. وكانت عملية صنع القرار في الأساس رجعية وأكثر توجها نحو التشغيل منه إلى التخطيط ذي الرؤية أو الاستراتيجي كما كانت عليه من قبل. وأصبح ضعف النظام الصحي واستياء السكان واضحا وانعكس ذلك في ارتفاع معدل السياحة الصحية إلى البلدان المجاورة حتى بالنسبة للظروف الصحية الحميدة نسبيا أو التدخلات غير المعقدة.

وما يزيد الموقف تعقيدا، وجود منافسة خفية بين أصحاب المصلحة الرئيسيين في النظام الصحي، الذين تختلف سلطتهم في التأثير على الإصلاحات التي لا تخدم مصالحهم ومنافعهم. على سبيل المثال، قد لا تدعم مجموعات المصالح المنظمة مثل جمعيات الأطباء ومالكي المستشفيات التغييرات التي يُنظر إليها على أنها تؤثر سلبا على مصالحهم. وسيكون من الصعب للغاية تنفيذ الإصلاحات المقترحة ما لم يتم ضمان دعم المجموعات المنظمة. وبخلاف ذلك، يواجه صناع السياسات الصحية والجهات المعنية بالإصلاح الصحي مقاومة شديدة للإصلاحات المقترحة. وفي المقابل، يعتبر المرضى المستفيدون الرئيسيون من نظام الرعاية الصحية، لكنهم ليسوا منظمين سياسيا كمجموعة، وبالتالي، فإنهم يتمتعون بسلطة أقل للتأثير على عملية صنع القرار وتنفيذ الإصلاحات.

توفر الحكومة الليبية رعاية صحية مجانية لجميع المواطنين. وتعتبر وزارة الصحة (MoH) الجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية. ومن خلال سلسلة من المرافق الصحية العامة، تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية وتنظم القطاع الصحي الخاص المتنامي. يُمول النظام الصحي في ليبيا من خلال ميزانية الدولة. ولا توجد قاعدة أو عملية صريحة لتحديد مقدار الأموال المخصصة لقطاع الصحة. فعادة ما يكون مبلغ الميزانية العامة للدولة هو المحدد الرئيسي لميزانية وزارة الصحة. ثم يتم

تحديد ميزانية مرافق الرعاية الصحية في المناطق المختلفة ضمن وزارة الصحة. وتُدفع رواتب مهنيي الصحة العاملين في مرافق الرعاية الصحية المختلفة في مختلف المناطق مركزيا من ميزانية وزارة الصحة. كما يتم تمويل بنود الإنفاق الإداري وبعض بنود الإنفاق الأخرى لمرافق الرعاية الصحية من خلال تبني ميزانية البنود، ويتمتع مديرو مرافق الرعاية الصحية باستقلالية محدودة للغاية فيما يتعلق بإنفاق هذه الميزانية لأغراض مختلفة بدلا من الأغراض المحددة مسبقا.

لا تتلقى مرافق الرعاية الصحية تمويلا إضافيا لتغطية احتياجاتها من الأدوية والبنية التحتية والبناء. وعلى الرغم من أن البلديات مسؤولة عن التنسيق وتقديم بعض خدمات الرعاية الصحية في مناطقها، إلا أنها لا تتلقى أيضا أية موارد مالية ولا تستطيع تحصيل الأموال من الضرائب المحلية أو مصادر الدخل الأخرى. ولأن مديري بعض مرافق الرعاية الصحية يتمتعون بسلطة توظيف مهنيي الرعاية الصحية، فإن هناك انتقادات مفادها أن مرافق الرعاية الصحية تعاني من زيادة في العمالة وأنه لا توجد أي قاعدة لتحديد الأشخاص الذين ينبغي توظيفهم في مرافق الرعاية الصحية ولا عددهم.

على الرغم من أن جميع الليبيين لهم الحق في استخدام الخدمات الصحية في المرافق العامة مجانا، إلا أن الكثير من الناس يتجهون إلى مرافق الرعاية الصحية الخاصة لتلبية احتياجاتهم الصحية لأن المرافق العامة غير مزودة بما يكفي من حيث الموظفين والتجهيزات. ويدفع العديد من الليبيين من أموالهم الخاصة مقابل الخدمات التي يتلقونها من القطاع الخاص وهم غير مشمولين بالتأمين ضد العبء المالي الذي تسببه أمراضهم.

في عام 2016، تم إنشاء مركز وطني لإصلاح النظام الصحي لإضفاء الطابع المؤسسي على أنشطة الإصلاح الصحي. وعملت المنظمات الدولية والمؤسسات المحلية بشكل فردي لتطوير عدد من الخطط الاستراتيجية الوطنية مثل صحة الأم والطفل، ونظام المعلومات الصحية (HIS)، واستراتيجية الرعاية الصحية الأولية وغيرها. ومع ذلك، فإن دورة التخطيط والتقييم ليست كاملة، حيث يوجد بشكل عام نقص في الإرادة السياسية، وعدم وجود ارتباط بين هذه الاستراتيجيات أو الخطط والمؤشرات لتقييم الأداء والرصد والتقييم النموذجي التي تعتبر جميعها ضرورية لإنجاز هذه الخطط.

يعرض هذا التقرير مجموعة من مقترحات الإصلاح وأولوياته الضرورية في النظام الصحي الليبي. ويهدف إلى تطوير مقترحات الإصلاح ذات الصلة مع مراعاة التجارب الدولية والليبية، وذلك بالنظر إلى المشاكل والعقبات المحددة التي تواجه النظام الصحي الليبي حاليا. كما يهدف أيضا إلى بلورة فهم أفضل لأوجه القصور المحتملة في النظام الصحي ويحاول اقتراح ومناقشة إصلاحات الرعاية الصحية المحددة. وقد تم النظر في نقاط الضعف والقصور القائمة في النظام الصحي الليبي بالإضافة إلى جوانب أخرى منه مثل المساءلة والشفافية والفعالية والكفاءة في تطوير الإصلاحات الصحية المناسبة.

ويمكن استخدام نتائج هذا التقرير لزيادة القيمة مقابل المال في النظام الصحي وتلبية توقعات المواطنين الليبيين.

لقد تم تخطيط وتنفيذ ثلاث منهجيات بحث مختلفة للحصول على الأدلة والبيانات ذات الصلة لتطوير استراتيجيات أكثر ملاءمة لإصلاحات قطاع الصحة في ليبيا: (1) مراجعة التجارب الدولية وتحديد الممارسات الفضلى على الصعيد الدولي، (2) الحصول على آراء مقدمي المعلومات الرئيسيين حول المشاكل والعقبات القائمة في النظام الصحي الليبي بالإضافة إلى توصياتهم لمعالجة هذه المشاكل من خلال إجراء بحث نوعي، (3) البحث الكمي للحصول على آراء مقدمي الرعاية الصحية حول المشاكل والمعوقات والأولويات ومستوى الرضا عن النظام الصحي الحالي.

يضم هذا التقرير أربعة أقسام رئيسية. يهدف القسم الأول إلى تحليل النظام الصحي الحالي في ليبيا. وكخلفية، يقدم التقرير وصفا موجزا وتحليلا للوضع الاقتصادي والسياسي والصحي القائم في ليبيا. أما الجزء التالي فيتمثل في عرض وصفي لستة جوانب رئيسية للنظام الصحي الليبي، وهي الحوكمة/ الإدارة، وتقديم الخدمات الصحية، وتمويل الرعاية الصحية، والبنية التحتية الصحية والقوى العاملة، والإمدادات والتكنولوجيا الطبية، ونظام المعلومات الصحية. ميتم استخدام إطار تم تطويره من نهج كوتزين لتمويل النظام الصحي ومثلث النظام الصحي لوصف أداء النظام الصحي في ليبيا.

يحاول القسم الثاني تشخيص المشاكل والعقبات، ويحدد السبل المحتملة لتحسين النظام الصحي في ليبيا. كما يركز على دراسة الإنجازات العامة للنظام الصحي، ومقارنة مؤشرات الأداء الوسيطة للنظام الصحي في ليبيا مع الدول الأخرى المختارة، وتحليل لبنات البناء الأساسية الستة للنظام الصحي الليبي بشكل دقيق بناء على التقارير السابقة التي أعدتها المنظمات الوطنية والدولية. ويعتبر إطار عمل اللبنات الأساسية الست الخاص بمنظمة الصحة العالمية بمثابة إطار عمل مناسب لاكتساب صورة عامة عن كيفية مقارنة النظام الصحي الليبي بالنظم الصحية الأخرى ذات الصلة ولتحديد مجالات أو لبنات معينة تتطلب التحسين في النظام.

يصف القسم الثالث منهجيات البحث المستخدمة في هذا التقرير ويلخص نتائج ثلاث دراسات مختلفة أجريت للحصول على أدلة بخصوص الأسباب الجذرية للمشاكل التي تم تحديدها عبر المكونات الستة للنظام الصحي الليبي. ويناقش هذا القسم مراجعات تجارب الإصلاح الصحي في بلدان نامية ومتقدمة مختارة، ونتائج البحث النوعي، ونتائج المسح الصحي.

يعتبر القسم الرابع محاولة لتحديد وتطوير إصلاحات أكثر ملاءمة لكل عنصر من العناصر المكونة للنظام الصحي الليبي، بناء على الأقسام الثلاثة الأولى من التقرير. ويلخص أيضا التوصيات الخاصة بالتنفيذ الناجح لمقترحات الإصلاح. كما يطور خارطة طريق للمسؤولين الليبيين بحيث يمكن اتخاذ

خطوات عملية لتحسين مستوى نجاح مبادرات الإصلاح، بالنظر إلى سياق وديناميكيات القطاع الصحي في ليبيا.

يتميز هذا التقرير بنقاط قوة وعدد من القيود على حد سواء، بحيث تتمثل نقطة قوته الرئيسية في أنه يستخدم منهجيات مختلفة للحصول على بيانات وأدلة أكثر ذات الصلة حول الأسباب الجذرية لمشاكل النظام الصحي وللخروج بمقترحات الإصلاح الأكثر ملاءمة والقابلة للتنفيذ. ويأخذ في الاعتبار: الممارسات الفضلى وتجارب الإصلاح الناجحة في البلدان الأخرى، ووجهات نظر خبراء النظام الصحي الدولي ذوي الخبرة في إصلاح النظام الصحي أو عمليات الإصلاح في البلدان الأخرى؛ وآراء مقدمي المعلومات الوطنيين الرئيسيين ذوي الخبرة في محاولات الإصلاح السابقة في النظام الصحي الليبي و/أو الذين يساهمون في تقديم وإدارة الخدمات الصحية؛ ووجهات النظر العامة لمقدمي الرعاية الصحية حول مستوى الرضا وأولويات النظام الصحي الليبي. وتتمثل إحدى القيود المحددة فيما يتعلق بهذه الدراسة في نقص البيانات أو صعوبة الوصول إلى أحدث البيانات من جميع مناطق البلاد بسبب الصراع المستمر. كما يجعل وضع النزاع القائم من الصعب وضع رؤية أو اتجاه واضح للنظام الصحي في ليبيا بسبب حالة عدم اليقين المستمرة التي خلقتها الصراعات الدائمة التي تؤثر على الديناميكيات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية.

2

النظام الصحي في ليبيا والإطار التحليلي



يتم تحليل النظام الصحي بشكل عام إما من خلال النظر في الجهات الفاعلة الرئيسية في النظام (المواطنون، مقدمو الخدمات، الجهات الثالثة القائمة بالدفع) أو حسب المهام (تقديم الخدمة، التمويل، تخصيص الموارد). وتتشكل العلاقة بين الجهات الفاعلة من خلال توقعاتهم تجاه النظام الصحي. فالمواطنون، باعتبارهم مستخدمو النظام الصحي، يهتمون بدفع تكاليف أقل، وسهولة الوصول، وجودة أفضل، فيما يهتم مقدمو الخدمات بتكاليف أقل وأداء مالي أفضل وجودة أفضل. أما الأطراف الثالثة، فهي تهتم بدفع تكاليف أقل وتغطية أفضل وجودة أفضل وكفاءة أكبر. وهذه التوقعات والمصالح المتضاربة تؤثر بدورها على مهام جمع الأموال من المواطنين (التمويل)، وتخصيص الأموال بين مقدمي الخدمات من خلال شراء الخدمات الصحية (السداد أو شراء الخدمات الصحية)، وتقديم الخدمات الصحية حسب احتياجات المواطنين. وإننا نجد هذه الجهات الفاعلة ومهامها في كل نظام صحي، حتى لو كانت أقل تنظيما أو ذات نشاط ضعيف. لكن التوازن بين هذه الجهات والمهام يمكن تحليله من حيث الفعالية، والكفاءة، والجودة، وإمكانية الوصول، والتكلفة، والتغطية، وما إلى ذلك.

2.1 إطار لتحليل النظام الصحي في ليبيا

يُنظر إلى الصحة على أنها هدف يجب تحقيقه، بينما تعتبر الرعاية الصحية سلعة أو خدمة غايتها تحقيق الهدف المنشود من الصحة. لذلك، فإن نقطة البداية لإعادة هيكلة النظام الصحي أو الشروع في إصلاحات ناجحة على مستوى الرعاية الصحية وتنفيذها هي تحليل النظام الصحي. وفي تحليل النظام الصحي، تعتبر الإجابات على ثلاثة أسئلة رئيسية ذات أهمية بالغة: (أ) كيف يتم هيكلة وتنظيم النظام الصحي؟ (ب) كيف يتم تمويل النظام الصحي؟ و (ج) كيف يتم تقديم الرعاية الصحية؟

للإجابة على السؤال الأول، من الضروري فحص وتمحيص السياسات واللوائح الصحية الحالية فضلا عن دور وزارة الصحة أو أي منظمة أخرى مسؤولة عن تطوير هذه السياسات واللوائح، مع العلم أنه يتعين على كلاهما ممارسة الحوكمة الرشيدة والريادة في تنظيم وإدارة النظام الصحي بأكمله.

فالحوكمة الرشيدة والريادة عاملان ضروريان لتطوير سياسات سليمة وممارسات مقبولة في جميع أنحاء البلاد.

السؤال الثاني يحتاج إلى فحص وتمحيص مصادر إيرادات النظام الصحي وطريقة إنفاق الموارد لتحقيق أهداف النظام الصحي. فلا وجود لنظام تمويل واحد خاص بقطاع الصحة يتسم بالدقة والقبول والفعالية والكفاءة، ولكن بعض آليات التمويل تكون أفضل نسبيا من غيرها. ومع ذلك، فإن الحكم على نظام التمويل المفضل عادة ما يتشكل من خلال النظرة العالمية السائدة أو في بعض الأحيان من خلال تقاليد الدولة وثقافتها وتاريخ قطاعها الصحي. لهذا السبب، يعتبر نظام التمويل الخاص بقطاع الصحة اختيارا وليس نظاما قياسيا. لكن تشكيل هذا الاختيار ليس بالأمر السهل، بحيث أن العديد من العوامل مثل الظروف الاقتصادية، وعائدات الضرائب أو تحصيل الضرائب، والتغيرات الجغرافية، والعمالة، وما إلى ذلك تساهم في تحديده.

السؤال الثالث بخصوص تقديم الرعاية الصحية يحتاج إلى طرح سؤالين فرعيين: (أ) ما هو نصيب القطاعين العام والخاص؟ (ب) كيف يتم تنظيمها على المستوى الأولي والثانوي والثالث؟ في العديد من البلدان، يلعب القطاع العام دورا مهما في تقديم الخدمات الصحية. ومع ذلك، فإن عدم كفاءة الخدمات الصحية وسوء جودتها تندرج ضمن العوامل الرئيسية التي تدفع الناس لمناقشة دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية لزيادة خيارات المواطن أو لزيادة كفاءة وفعالية القطاع الصحي. ورهنا بنوع نظام التمويل المعتمد لقطاع الصحة، فإن دور القطاع الخاص مرغوب فيه أحيانا، ولكنه يؤدي أحيانا إلى نتائج مخيبة للآمال. وإذا كانت هناك تغطية صحية شاملة، وكان مقدمو الخدمات من القطاع الخاص يمولون بنظام تأمين صحي شامل والمدفوعات المشتركة يتم تحديدها عند مستوى مقبول، فإن وجود مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في القطاع الصحي هو قرار مستصوب. ولكن العكس من شأنه أن يؤدي إلى نفقات صحية باهظة، وقد لا يتمكن المواطنون الضعفاء من الوصول إلى خدمات صحية فعالة وذات جودة أفضل إذا لم يكن مقدمو الخدمات العامة مجهزين بشكل جيد. ومن المهم أيضا الإشارة إلى أدوار البحوث والتدريب التي تضطلع بها المنظمات الصحية من أجل مستقبل النظام الصحي في بلد معين. وقد تكون هناك حاجة إلى وجود مزود خدمات عام خاضع للمساءلة وقادر على المنافسة لحماية المواطنين من سلوك تعظيم الأرباح الذي ينتهجه القطاع الخاص.

يتناول السؤال الثاني المتعلق بتوفير الخدمات الصحية، كيفية تنظيم الرعاية الصحية في جميع أنحاء البلد. ولزيادة الكفاءة وتحسين إمكانية الوصول، يلزم توفير بعض الخدمات الصحية على بعد مسافة قصيرة من مكان إقامة العملاء. وخدمات رعاية الأم والطفل، والتحصين، والتثقيف الصحي، وصحة البيئية، وما إلى ذلك تندرج ضمن الخدمات التي ينبغي تقديمها مجانا في المراحل الأولية. وفيما يتعلق

بالرعاية العلاجية والتأهيلية، فعادة ما يتم تقديمها على المستويين الثانوي والثالث. ويوصى عموما بإنشاء نظام إحالة ملائم لتحسين الاستخدام الفعال للموارد الصحية. ولكن تغيير طبيعة الخدمات الصحية ومهني الرعاية الصحية قد تتطلب إنشاء مؤسسات أو هياكل أساسية جديدة لإيجاد سبل أخرى لتوفير الرعاية الصحية. وقد تدفع الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية المسنين، أو دور العجزة، أو الرعاية التسكينية، أو التطبيب عن بعد أصحاب المصلحة وصناع السياسات إلى التفكير في آليات جديدة لتقديم الخدمات وإيجادها. ورغم ذلك، فإن البنية الأساسية لقطاع الصحة، والقوى العاملة، والتكنولوجيات الصحية، فضلا عن أنماط وعادات الاستفادة من الرعاية الصحية للمواطنين الليبيين، ستوفر الأساس لإيجاد الحلول والتوصيات المناسبة.

يُستخدم الإطار (الشكل 1) لوصف الأداء الحالي للنظام الصحي في ليبيا. ويستند هذا الإطار إلى مفهوم مثلث النظام الصحي، وإلى الإطار الذي وضعه كوتزين. وعلى الرغم من أن هذا الإطارعلى ما يبدو يعرض التدفقات المالية في نظام صحي معين، فمن المفيد جدا أيضا إظهار العلاقات بين المستعملين ومقدمي الخدمات والموردين.

الشكل 1. إطار لتحليل النظام الصحي في ليبيا

المصدر: مقتبس من كوتزين (2001)، موسيالو وديكسون (2002)

تؤثر آلية تمويل النظام الصحي عموما على أداء النظام الصحي ككل. وإذا ما سمح نظام صحي للمواطنين بدفع نفقات الرعاية الصحية مباشرة لمقدمي الخدمات دون أن يكون لديهم جهة ثالثة تقوم بالدفع، فإن هذا النهج قد يتطلب إنشاء إمدادات صحية من القطاع الخاص لأن المستعملين سيكونون الأطراف الرئيسية التي تتخذ القرار في اختيار مقدمي الخدمات، وسيكون لديهم خيارات أكثر

بشأن المكان الذي سيذهبون إليه. ومع ذلك، إذا كان نظام صحي يفضل وجود نظام للتأمين الصحي الاجتماعي عن طريق إنشاء جهة ثالثة تضطلع بالدفع المركزي أو غير المركزي، فإن المستهلكين يختارون مقدمي الرعاية الصحية إما من بين مقدمي الخدمات الخاصة أو الحكومية نيابة عن المساهمين فيه. وفي هذه الحالة، يجب على وكالة الجهة الثالث التي تحدد كيفية إنفاق الأموال أن تضع العديد من القواعد أو المعايير بشأن كيفية تلبية احتياجات المستفيدين من الرعاية الصحية بتكلفة منخفضة نسبيا مع المحافظة على جودة الخدمات عند مستويات عالية.

ومما هو معلوم أيضا أن وجود نظام للتمويل أو تقديم الخدمات لا يضمن بالضرورة تلبية توقعات أصحاب المصلحة الرئيسيين في النظام الصحي. وقد يفضل بلد معين الحصول على تأمين صحي اجتماعي وتحديد مقدمي الرعاية الصحية الرئيسيين لتلبية احتياجات مساهميه. كما يمكن للمستعملين أن يبحثوا عن سبل بديلة للحصول على الخدمات الصحية اللازمة، ما لم يكفلوا أيضا تلبية احتياجات المساهمين في الرعاية الصحية بالجودة المطلوبة والحصول عليها. وبهذا، قد يضطرون إلى الدفع من أموالهم الخاصة أو تأخير احتياجات الرعاية الصحية. ويمكن لجميع هذه البدائل أن تقوض أداء نظام الرعاية الصحية عن طريق زيادة النفقات الصحية بشكل كارثي أو التسبب في مشاكل صحية أكثر تعقيدا بالنسبة للمساهمين.

2.2 معلومات موجزة عن ليبيا ووضعها الصحي

يقدم هذا الفصل لمحة عامة موجزة عن جغرافية ليبيا، وقيمها الاجتماعية، وسياقها الاقتصادي والسياسي، ووضعها الصحي.

2.2.1 الجغرافيا والديموغرافيا الاجتماعية

تقع ليبيا في شمال أفريقيا على ساحل البحر الأبيض المتوسط. وتضط البلدان المجاورة لها كل من مصر والسودان وتشاد والنيجر والجزائر وتونس. عام 2019، قُدر عدد سكان ليبيا بنحو 6.8 مليون نسمة (WB, 2020). ويعتبر عدد السكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية عاليا بنسبة 88%.ومع ذلك، مع ما يقرب من أربعة أشخاص في الكيلومتر المربع الواحد، تتوفر ليبيا على إحدى أقل الكثافات السكانية في العالم، على الرغم من أن هذه الكثافة السكانية المنخفضة ليست على قدم المساواة في جميع أنحاء البلاد.

فالمنطقة الساحلية الشمالية تعتبر أكثر كثافة من حيث السكان، حيث يعيش 85% من مجموعهم على 10% من مساحة الأرض، في حين أن المنطقة الجنوبية، الشاسعة والمهجورة في أغلبها قليلة السكان (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

يبلغ نموها السكاني حوالي 1.5% سنويا، وهي تتمتع بتركيبة فتية للغاية من حيث السكان. إذ أن ما يقرب من ثلث سكانها تبلغ أعمارهم أقل من 14 عاما، و 67.5% تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 عاما. ولا يشكل المسنون، 65 سنة فأكثر، سوى 4.5% من مجموع السكان. ونظرا للتوزيع العمري للسكان، فمن المعقول افتراض أن عبء المرض المزمن لن يكون مرتفعا في ليبيا.وبما أن المشاكل الصحية المزمنة تتزايد بسرعة في جميع مناطق العالم، فمن المرجح أن تضطر ليبيا إلى التصدي للأمراض المزمنة والحادة على حد سواء، على الرغم من عدد سكانها الشباب نسبيا.

وللذكر، سجل في 2019 أن أقل من 1% من سكان ليبيا تبلغ أعمارهم أكثر من 80 عاما (WB, 2020).

الجدول 1. سكان ليبيا

المتغيرات	2000	2005	2010	2015	2019
السكان، المجموع	5,357,891	5,798,614	6,197,663	6,418,315	6,777,452
السكان، الإناث (% من مجموع السكان)	48.1	48.4	48.9	49.4	49.5
السكان، الذكور (% من مجموع السكان)	51.9	51.6	51.1	50.6	50.5
معدل النمو السكاني (% السنوية)	5.1	5.1	1.0	0.9	5.1
السكان، ذوي الأعمار ما بين 0 و 14 (% من مجموع السكان)	33.9	30.2	28.8	28.9	28.1
السكان، ذوي الأعمار ما بين 15 و 64 (% من مجموع السكان)	62.4	65.8	67.1	66.9	67.5
السكان، ذوي أعمار 65 عاما فأكثر (% من مجموع السكان)	3.8	4.0	4.2	4.2	4.5
السكان، ذوي أعمار 80 عاما فأكثر، الذكور (% من مجموع السكان)	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6
السكان، ذوي أعمار 80 عاما فأكثر، الإناث (% من مجموع السكان)	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

يقارن الجدول 2 سكان المناطق الريفية في ليبيا بنظرائهم من سكان البلدان الأخرى في المنطقة. وكما يشير الجدول، كانت النسبة المئوية لسكان الريف (19.6) في ليبيا هي الأدنى بين البلدان والمناطق المذكورة. وبصفة عامة، فإن التقدم الاقتصادي يقلل من نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق الريفية، ولكن في عدد من بلدان العالم العربي ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يعتبر جزء كبير من كتلة الأرض منطقة صحراوية، مما يقلل من نسبة سكان الريف.

الجدول 2. سكان المناطق القروية (% من مجموع السكان)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015	2019
ليبيا	23.6	22.9	21.9	20.7	19.6
الجزائر	40.1	36.2	32.5	29.2	26.8
مصر	57.2	57.0	57.0	57.2	57.3
تونس	36.6	34.8	33.3	31.9	..
تركيا	35.3	32.2	29.2	26.4	24.4
العالم العربي	47.0	45.5	43.6	42.0	40.8
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	44.6	42.7	40.9	39.4	38.1

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

إن معدل الإلمام بالقراءة والكتابة في ليبيا مرتفع نسبيا بالمقارنة مع المعدلات في بلدان أخرى من المنطقة. وفي هذا الصدد، يعرض الجدول 3 معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة.

الجدول 3. معدل الإلمام بالقراءة والكتابة، مجموع البالغين (% من الأشخاص البالغين 15+)

اسم البلد	2000	2010	2015	2018
ليبيا	..	..	86.1	..
الجزائر	..	..	..	81.4
مصر	..	72.0	..	..
تونس	-	79.1	-	-
تركيا	..	92.7	95.6	..
العالم العربي	65.1	70.8	75.1	74.6
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	67.3	74.3	76.6	76.0

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

لقد تسبب الصراع الذي شهدته ليبيا في اضطرابات على مستوى إنتاج النفط في البلاد، ودفعها إلى أزمة اقتصادية حادة نظرا لأن النفط هو المصدر الرئيسي للدخل في ليبيا. وقد أدت الأزمة الاقتصادية المقترنة بانعدام ثقة الجمهور العام في النظام المصرفي وما ترتب عليه من نقص في العملات الأجنبية إلى أزمة سيولة كبيرة. وبغض النظر عن استمرار التحديات السياسية والأمنية الكبيرة عام 2018، فقد زاد إنتاج النفط، حيث أنتجت ليبيا أكثر من مليون برميل يوميا. ولكن الحكومة فشلت في تحويل الثروة من إنتاج النفط إلى رفاه بالنسبة لليبيين الذين تضرروا بشدة من الأزمة (OCHA, 2020).

تعتبر ليبيا دولة متوسطة الدخل حيث بلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي 15,000 دولار من تعادل القوة الشرائية عام 2018، مع العلم أنه قبل الأزمة السياسية والعنف الداخلي اللذان اشتعل فتيلهما عام 2011، كان نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في ليبيا أعلى عام 2010 بالمقارنة مع نظيره عام 2018. ورغم ذلك، يبدو أن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي آخذ في الارتفاع منذ عام 2015. ويبلغ معدل البطالة في صفوف الشباب نحو 50%. والغالبية العظمى من السكان (80%) يعيشون في المناطق الحضرية في البلاد، وخاصة في المدن الكبرى القريبة من الساحل. ولكن هذه الإحصائيات تشير أيضا إلى أن 20% من السكان يعيشون في المناطق الريفية والمناطق ذات كثافة منخفضة من السكان (WB, 2020).

الجدول 4. المؤشرات الاقتصادية لليبيا

المتغيرات	2000	2005	2010	2015	2018
الناتج المحلي الإجمالي حسب الفرد، تعادل القوة الشرائية (السعر الدولي الثابت للدولار لعام 2017)	16,746	19,883	22,540	11,022	15,018
الدخل القومي الإجمالي حسب الفرد، طريقة أطلس (سعر الدولار الأمريكي الجاري)	-	6,860	12,380	5,690	6,800
معدل مشاركة القوى العاملة، الذكور (% من السكان الذكور من الفئة العمرية 15+) (التقديرات المنمذجة لمنظمة العمل الدولية)	28.90	31.76	33.64	34.01	34.04
البطالة، الذكور (% من القوى العاملة من فئة الذكور) (التقديرات المنمذجة لمنظمة العمل الدولية)	16.34	15.90	15.82	15.54	15.30
البطالة، إجمالي الشباب (% من مجموع القوى العاملة من الفئة العمرية 15-24) (التقديرات المنمذجة لمنظمة العمل الدولية)	46.40	47.47	49.09	50.65	49.85
سكان المناطق الحضرية (% من مجموع السكان)	76.39	77.08	78.05	79.27	80.10

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

بلغت قيمة مؤشر التنمية البشرية (HDI) في ليبيا 0.708عام 2018، وهي تعتبر فئة ذات تنمية بشرية عالية، وتضع ليبيا في المرتبة 110 من بين 189 دولة وإقليم. فبين عامي 1990 و 2018، زادت قيمة مؤشر التنمية البشرية في ليبيا من 0.676 إلى 0.708، بنسبة بلغت 4.6%. وفي نفس الفترة، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا بمقدار 4.2 سنوات، وزاد متوسط سنوات الدراسة بمقدار 3.8 سنوات، وانخفضت سنوات التعليم المتوقعة بمقدار 1.2 سنة. كما انخفض نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي في ليبيا بنحو 42.6% بين عامي 1990 و 2018 (UNDP, 2019).

يعتبر مؤشر التنمية البشرية في ليبيا لعام 2018 البالغ 0.708 أقل من المتوسط البالغ 0.750 بالنسبة للبلدان المتواجدة ضمن المجموعة ذات التنمية البشرية العالية، وأعلى من المتوسط البالغ 0.703 بالنسبة للبلدان في الدول العربية. ومن بين الدول العربية، فإن البلدان القريبة من ليبيا من حيث ترتيب مؤشر التنمية البشرية لعام 2018 وإلى حد ما من حيث عدد السكان هي الأردن وتونس، اللتان تحتلان المرتبتين 102 و 91 على التوالي على مقياس مؤشر التنمية البشرية (UNDP, 2019).

يقارن الجدول 5 نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في ليبيا والبلدان الأخرى. ففي عام 2019، كان نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في ليبيا، المعبر عنه بالدولار الأميركي، أعلى من الناتج المحلي الإجمالي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبلدان المجاورة لها. بحيث يعتبر الناتج المحلي الإجمالي في تركيا الأعلى بين البلدان محل المقارنة.

الجدول 5. الناتج المحلي الإجمالي حسب الفرد (السعر الثابت للدولار الأمريكي لعام 2010)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015	2019
ليبيا	8,963	10,642	12,064	5,899	8,122
مصر	1,981	2,147	2,644	2,703	3,008
الجزائر	3,557	4,290	4,480	4,777	4,710
للمغرب	1,976	2,363	2,839	3,222	3,396
تونس	3,001	3,490	4,142	4,308	4,405
تركيا	8,237	9,692	10,672	13,853	14,999
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	5,795	6,480	7,169	7,572	7,857

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

2.2.2 وضع قطاع الصحة

في العقود الثلاثة السابقة لعام 2011، استثمرت السلطات الليبية مبالغ كبيرة في قطاع الصحة، مما أدى إلى تحسن كبير على مستوى تقديم الخدمات الصحية والوضع الصحي العام للسكان. وتعتبر حقيقة إنجاز ليبيا للأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة دليلا دامغا على هذا (WHO, MoH of Libya & EU, 2017). ولكن ليبيا شهدت صراعا مسلحا كبيرا أسفر عن خسائر كبيرة في الأرواح واضطرابات اقتصادية، فضلا عن تفكك نظام الرعاية الصحية العام. ونتيجة لهذا، فقد واجه النظام الصحي الليبي تحديات كبرى في ظل ظروف غير عادية للغاية (Daw, El-Bouzedi, & Dau, 2016).

يعرض الجدول 6 موجزا عن المؤشرات المتعلقة بوضع قطاع الصحة في ليبيا خلال السنوات الـ20 الماضية. فهذه المؤشرات لا تعتبر جيدة جدا في ليبيا بالمقارنة مع المؤشرات في البلدان المتقدمة، ولكنها

أفضل من القيم في العديد من البلدان النامية. إذ ارتفع العمر المتوقع للسكان عند الولادة (72,7 عاما في عام 2018) بمقدار 1,8 عاما وانخفض معدل وفيات الرضع من 24,1 إلى 9,9 حالة وفاة لكل 1.000 ولادة حية على مدى السنوات الـ18 الماضية. وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 30,7% من 16,6 حالة وفاة لكل 1.000 ولادة حية عام 2010 إلى 11,5 حالة وفاة لكل 1.000 ولادة حية، على الرغم من أن معدل التحسن انخفض بشكل كبير منذ عام 2010 بالمقارنة مع معدل الانخفاض بين عامي 2000 و 2010. كما عرف معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة تحسنا في السنوات الـ20 الماضية، وانخفض معدل الخصوبة الإجمالي، بحيث بلغ 2.2 ولادة لكل امرأة في حياتها (WB, 2020).

الجدول 6. المؤشرات المتعلقة بوضع قطاع الصحة في ليبيا

المتغيرات	2000	2005	2010	2015	2018	2019
متوسط العمر المتوقع عند الولادة، إجمالي (سنوات)	70.9	71.9	72.0	72.1	72.7	..
متوسط العمر المتوقع عند الولادة، الذكور (سنوات)	69.2	70.0	69.5	69.2	69.9	..
متوسط العمر المتوقع عند الولادة، الإناث (سنوات)	72.8	74.1	75.0	75.3	75.8	..
معدل الوفيات، الرضع (لكل 1.000 ولادة حيه)	24.1	19.8	14.2	11.4	10.2	9.9
معدل الوفيات، الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1.000 ولادة حيه)	28.1	23.1	16.6	13.3	11.9	11.5
معدل الوفيات النفاسية (التقديرات المنمذجة، لكل 100,000 ولادة حية)	70.0	57.0	53.0	70.0	..	..
معدل الوفيات، الأطفال حديثي الولادة (لكل 1.000 ولادة حيه)	15.9	13.0	9.4	7.5	6.7	6.5
معدل الوفاة، الخام (لكل 1.000 شخص)	6.4	4.5	4.8	1.5	1.5	..

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

تمثل الأمراض غير المعدية (NCDs) سببا لـ78% من إجمالي 26.000 حالة وفاة. بحيث تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية الأسباب الرئيسية للوفاة بنسبة 43%، بينما السرطانات والإصابات تعتبر أسبابا رئيسية أخرى بنسبتي 14% و 12% على التوالي. وفيما يتعلق بمعدل التدخين، فهو مرتفع للغاية في صفوف الرجال (45%)، بينما هم أقل من 1% في صفوف النساء. وفي هذا الصدد، تعتبر استجابة النظام الوطني للأمراض غير المعدية منخفضة للغاية (MoH of Libya, 2020).

تفيد التقارير أن قطاع الصحة هو أحد القطاعات الأكثر تضررا من الصراع والقضايا الإقليمية الأخرى مثل الهجرة إلى أوروبا والقارات الأخرى. فقد أثرت الظروف غير المرغوب فيها على 1.6 مليون (22% من السكان) وتركت 0.82 مليون شخص (11% من السكان) باحتياجات غير ملباة. وأكثر من 60% من ذوي الاحتياجات كانوا من اللاجئين عام 2018. وقد تأثرت خدمات الصحة العامة بشدة جراء الأزمة بسبب انعدام الأمن وإخفاقات الحوكمة. ونتيجة لذلك، لا يتمتع الليبيون والأجانب

بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية والثانوية الأساسية، مما جعل الأطفال ضمن الفئات الأكثر تضررا (OCHA, 2020). كما أن تداعيات النزاع المسلح في ليبيا تفرض أعباء كبيرة على الاقتصاد والخدمات الصحية، خاصة في البلدان غير المجهزة للتعامل مع هذه الأعباء، مثل دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (Daw, El-Bouzedi, & Dau, 2019).

2.3 الحوكمة والإدارة

لقد قطع نظام الرعاية الصحية الليبي شوطا طويلا منذ عام 1951، حين بدأ يعمل بموارد محدودة: 14 مستشفى (بسعة 1.600 سرير) وعدد صغير من المراكز الصحية. وعام 1972، بدأت عملية التنمية المخطط لها في البلاد بتنفيذ أول خطة تحول وطنية ثلاثية (1973-75) أكدت على أن الحصول على الخدمات الصحية حق ثابت لكل مواطن. وتم استحداث المراكز الصحية المجتمعية بين عامي 1970 و 1979. كما اعتمدت "الصحة للجميع" باعتبارها تفويضا منذ عام 1980، بتوفير الحكومة الليبية لتغطية شاملة مجانية للخدمات الصحية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

بدأ العمل بالنشاط اللامركزي في النظام الصحي عام 2000، عندما تم تفكيك الهيئة المركزية (أمانة الصحة) للعمل على مستوى المقاطعات. وعام 2003، أنشئت هيئة تخطيط الرعاية الصحية، وعُين مفتش عام للصحة على المستوى المركزي للإشراف على أمانات الصحة في المقاطعات، التي لم يكن لها أي سلطة تنفيذية. وبعدها، شهد عام 2006 عودة إلى النظام المركزي، بحيث أعيد إنشاء أمانة الصحة وخُول لها الإشراف على المؤسسات المركزية وأمانات الصحة في المقاطعات. وعام 2011، أنشئت وزارة الصحة وعين على رأسها وزيرا للصحة. وإثر الجولة الثانية من الصراع التي اندلعت عام 2014، شهدت حوكمة الرعاية الصحية نوعا من التفكك بسبب التغيرات في النظام السياسي في البلاد. الامر الذي نتج عنه تقديم الخدمات الصحية حاليا من قبل مزيج من مقدمي الخدمات العامة والخاصة، فضلا عن بعض بدائل الطب التقليدي. فقد تدهورت الخدمات الصحية بشكل كبير منذ عام 2011، وذلك مصحوبا بقيود شديدة من حيث القدرة التقنية والتمويل (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

هدفت الدراسة التي قام بها صالح وآخرون (2014) إلى تقييم تطور نظم الرعاية الصحية في العالم العربي فيما يتعلق بتغطية الرعاية الصحية وتمويلها، مع التركيز على مصر وليبيا وتونس واليمن. فليبيا أيدت الانتقال إلى اقتصاد السوق في قطاعات أخرى عن طريق خفض الإعانات والنظر في استراتيجيات الخصخصة. وبالموازاة، تم تشجيع القطاع الخاص بشكل سلبي على زيادة مشاركته في عملية تقديم الخدمات. وأسفر هذا عن ارتفاع المعروض من خدمات الرعاية الصحية (حيث بلغ عدد أسرّة المستشفيات في ليبيا 37 سريرا لكل 10.000 نسمة، وهو نصيب الفرد الأعلى في المنطقة) في ظل نظام من مستويين، مصحوبا بتدهور نوعية الرعاية وبالتالي انخفاض الثقة في مرافق الرعاية الصحية

العامة. وبالإضافة إلى ذلك، كانت المدفوعات من الأموال الخاصة أعلى بشكل كبير حيث بلغت 31.2%. وفي ليبيا، أدى انتشار عدم الثقة بجودة الرعاية في المرافق الصحية إلى نشوء صناعة سياحة طبية بملايين الدولارات في البلدان المجاورة (Saleh et al, 2014).

ذكر زاروكوستاس بعض الحقائق حول النظام الصحي الليبي ما قبل الثورة، قائلا: كان لدى ليبيا الإمكانيات لاجتذاب المهنيين في قطاع الصحة الأجانب وشراء الأدوية المنقذة للحياة وإرسال الأشخاص إلى الخارج للعلاج. ولكن هذه النهج قللت من القدرة المؤسسية للنظام الصحي الليبي.وقد ظهرت الآثار السلبية عندما غادر العديد من موظفي قطاع الصحة الأجانب ليبيا بعد الثورة والأزمة الاقتصادية. كما أدى الصراع السياسي والأزمة الاقتصادية إلى خفض جودة الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إلى الرعاية (Zarocostas, 2018).

على الرغم من أن الخدمات الصحية المقدمة في المرافق العامة مجانية لليبيين، فإن عدد الأشخاص الذين يلتمسون العلاج في البلدان المجاورة يثير قلقا بالغا بسبب انخفاض جودة الخدمات المقدمة. وتشجع الشواغل المتعلقة بجودة الخدمات الصحية واتجاهات العلاج في الخارج القطاع الخاص على زيادة الاستثمار في القطاع الصحي. وإن الإدارة الرشيدة للقطاع العام يعوقها عدم وجود استراتيجية قطاعية واضحة، وغياب نظام معلومات مناسب، وتوزيع الموارد المالية التي لا تستند إلى الاحتياجات الصحية (EU, 2013) أو أي شكل من أشكال التخطيط الأساسي. ولهذا السبب، تم التوصل إلى أن النظام الصحي الليبي يحتاج إلى إصلاحات عاجلة في مختلف الجوانب لتلبية احتياجات الرعاية الصحية وتحسين مؤشرات النتائج الصحية من حيث الحوكمة والتمويل وتقديم الخدمات. كما يتعين وضع تقديم الخدمات الصحية الآمنة والفعالة والمتاحة لجميع المواطنين في قلب عمليات الإصلاح (Mahmud, Ali, Salhin, Mohamed, & Elkhammas, 2013).

2.3.1 الهيكل التنظيمي والتشريعي للنظام الصحي

تعتبر وزارة الصحة (MoH) الجهة المسؤولة عن اللوائح التنظيمية وتقديم الخدمات الصحية. فهي تقدم خدمات الرعاية الصحية من خلال سلسلة من المرافق الصحية العامة، وتنظم القطاع الصحي الخاص المتنامي. كما تقوم البلديات أيضا بدور معين في هذا النظام، بحيث تتولى أكثر من 101 بلدية مسؤولية التخطيط والتنفيذ والرصد والتقييم في قطاع الصحة. وتقدم المكاتب الصحية البلدية الرعاية الصحية الشاملة، بما في ذلك خدمات الترويج والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل لجميع المواطنين، مجانا، من خلال وحدات الرعاية الصحية الأولية والمراكز الصحية ومستشفيات المقاطعات. وبالإضافة إلى المكاتب الصحية البلدية، يقدم الجيش وشركة النفط الوطنية الخدمات الصحية لأفراد القوات المسلحة وموظفي الشركة. وفي خضم هذا كله، شهد المجال الصحي نشأة قطاع صحي خاص متنامي، وإن كان دوره محدودا في الوقت الراهن، إذ أن الاتجاه السائد منذ 2006 كان نحو

المركزية. (WHO-ROEM, 2011; WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

ويبين الشكل 2 كيفية تنظيم النظام الصحي الليبي على المستويين المركزي والمحلي. فقد أدت محاولات الإصلاح السابقة إلى تحقيق اللامركزية في النظام الصحي وما أعقب ذلك من محاولات لإضفاء الطابع المركزي من جديد إلى خلق نظام صحي مجزأ. وهناك 10 مؤسسات مركزية (مركز المعلومات الوطني، والمركز الوطني لمكافحة الأمراض، والمستشفيات المركزية والمراكز الطبية، والمجلس الليبي للتخصصات الطبية، وما إلى ذلك)، و16 مديرية (التخطيط الصحي، والموارد البشرية، والتعليم الصحي، وخدمات الرعاية الأولية، وما إلى ذلك). وهذه المراكز والمديريات مسؤولة عن إدارة وتنظيم وتخطيط وتنسيق الخدمات الصحية في جميع أنحاء البلد. كما تضطلع وزارة الحوكمة الإقليمية ببعض المسؤوليات في النظام الصحي من خلال البلديات المنتشرة في الأقاليم. ويتولى موظفو الصحة في المقاطعات في ست مناطق صحية مسؤولية تنسيق عملية تقديم الخدمات الصحية والجوانب الأخرى المتصلة بالصحة في مناطقهم، بالتنسيق مع السلطات المحلية.

الشكل 2. الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة الليبية

وزارة الحوكمة . المحلية
وزارة الصحة
10 مؤسسات مركزية
وكيل الوزارة
5 مكاتب
16 مديرية
المستوى المركزي
المستوى المحلي
مسؤول الصحة على مستوى المقاطعات
التنسيق
البلديات
- مسؤول عن توفير الرعاية الصحية الشاملة.
- تقديم الخدمات الترويجية والوقائية والعلاجية والتأهيلية لجميع المواطنين مجانا.
- كانت مسؤوليته تشمل الإشراف على الرعاية في المستشفيات، ولكن المستشفيات أصبحت الآن مستقلة.
- وهويشرف الآن فقط على مرافق الرعاية الصحية الأولية العاملة على . مستوى البلديات.

الإشراف والتنسيق

المصدر: الشكل من تصميم المؤلفين.

هناك عدد من القوانين واللوائح التنفيذية والمراسيم الصادرة عن السلطات التشريعية والحكومة ووزارة الصحة. والتشريع الأكثر أهمية هو قانون الصحة رقم 106 لعام 1973 ("قانون الصحة") الذي

حدده المرسوم رقم 1975/654 الصادر عن اللجنة الشعبية العامة، الهيئة الحكومية آنذاك ("اللائحة التنفيذية"). وهذا القانون ينظم عمليات إنشاء وتشغيل المستشفيات وممارسة المهن الطبية.كما يحدد مسؤولية الدولة عن توفير الخدمات الصحية المجانية لجميع المواطنين. ويرى كثير من الخبراء أن العديد من القوانين المتعلقة بالنظام الصحي والخدمات الصحية قد عفا عليها الزمن، وأنها غير ناجعة، ولا تنظم بعض المسائل الهامة مثل السرية، وتنظيم التخزين الإلكتروني، والجودة، والاعتماد، وإدارة المستشفيات العامة، وما إلى ذلك.

وقد أعطى قانون الصحة رقم 24 لعام 1423/1994 الرعاية الصحية الأولية مركزا أساسيا على مستوى النظام الصحي.كما نظمت سلسلة من التشريعات (رقم 1992/9، ورقم 1430/6، ورقم 1993/535) مشاركة القطاع الخاص في الرعاية الصحية. وهناك مرسوم استراتيجي هام آخر أصدرته الحكومة (1423/828)، كان يهدف إلى الاعتماد على الذات فيما يتعلق بالموارد البشرية. ولكن، ثمة حاجة إلى سن تشريعات مناسبة، بما في ذلك تلك الرامية إلى ضمان التنسيق بين مختلف القطاعات.

2.3.2 التخطيط للخدمات الصحية

يتمثل التخطيط في عملية التحديد المسبق لمن ينبغي أن ينجز ماذا ومتى وكيف وبأي تكلفة. وهو يعتبر الخطوة الأولى في عملية منظمة لإنجاز الأمور اللازمة لتحسين الوضع الصحي للأفراد والسكان. كما أنه عنصر أساسي في الحوكمة الرشيدة. ففي الستينات والسبعينات، اتبعت خطة قطاع الصحة خطة التنمية الوطنية لـ3-5 سنوات صاحبها تحسن كبير في المؤشرات الصحية التي تجسدت في انخفاض حالات عدد من الأمراض المعدية مثل السل والتراخوما وغيرها؛ والأمراض المرتبطة بظروف اجتماعية واقتصادية سيئة مثل الاضطرابات التغذوية والحمى الروماتيزمية؛ ومختلف مؤشرات الوفيات. وقد يرتبط الكثير من هذه التحسينات أيضا بتحسين مستويات المعيشة بسبب التغيرات خارج قطاع الصحة (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

كان لدى وزارة الصحة في ليبيا قدرة تخطيط ضعيفة، بحيث كانت خاضعة باستمرار للتغييرات في قدرتها التمكينية، ولم تكن الحكومة المركزية متأكدة من اختيارها بين نهج الحوكمة المركزية أو اللامركزية (NATO, 2013). وعلى الرغم من تبني خطة عشرية في التسعينات، فإنه لم يتم العمل بها قط على ذلك الأساس. كما أن عدم الاستقرار السياسي والظروف الاجتماعية والاقتصادية والريادة المتقلبة، أدت إلى إضعاف عملية التخطيط في قطاع الصحة، التي كادت تختفي. كانت عملية صنع القرار في الأساس رجعية وأكثر توجها نحو التشغيل منه إلى التخطيط ذي الرؤية أو الاستراتيجي كما كانت عليه من قبل (El Taguri et al, 2008). وأصبح ضعف النظام الصحي واستياء السكان واضحا وانعكس ذلك في ارتفاع معدل السياحة الصحية إلى البلدان المجاورة حتى بالنسبة للظروف الصحية البسيطة نسبيا أو التدخلات غير المعقدة (Al Taguri, 2007).

عام 2012، جُسد حدث كبير حول التخطيط والإصلاح بتنظيم مؤتمر H500 بشأن إصلاح قطاع الصحة (Oakley et al, 2013). وكادت هذه الأنشطة أن تتوقف بسبب تقلبات أعمال العنف والانقسام السياسي الذي صاحبه انغماس السلطات الصحية في حالات النقص اليومي في الأدوية والمعدات وقطع الغيار والموارد البشرية بسبب الافتقار إلى التمويل والأمن. في عام 2016، تم إنشاء مركز وطني لإصلاح النظام الصحي لإضفاء الطابع المؤسسي على أنشطة الإصلاح الصحي. وعملت المنظمات الدولية والمؤسسات المحلية بشكل فردي لتطوير عدد من الخطط الاستراتيجية الوطنية مثل صحة الأم والطفل (RMNCAH)، ونظام المعلومات الصحية، واستراتيجية الرعاية الصحية الأولية، وغيرها. ومع ذلك، فإن دورة التخطيط والتقييم ليست كاملة، حيث يوجد بشكل عام نقص في الإرادة السياسية، وعدم وجود ارتباط بين هذه الاستراتيجيات أو الخطط والمؤشرات لتقييم الأداء والرصد والتقييم النموذجي التي تعتبر جميعها ضرورية لإنجاز مثل هذه الخطط.

2.4 تمويل الرعاية الصحية

يُمول النظام الصحي في ليبيا من خلال ميزانية الدولة، بحيث تحدد وزارة المالية ميزانية وزارة الصحة كل سنة. ولكن لا توجد قاعدة أو عملية صريحة لتحديد مقدار الأموال المخصصة لقطاع الصحة. فعادة ما يكون مبلغ الميزانية العامة للدولة هو المحدد الرئيسي لميزانية وزارة الصحة. ثم يتم تحديد ميزانية مرافق الرعاية الصحية في المناطق المختلفة ضمن وزارة الصحة. وتُدفع رواتب مهنيي الصحة العاملين في مرافق الرعاية الصحية المختلفة في مختلف المناطق مركزيا من ميزانية وزارة الصحة. ويتم تمويل بنود الإنفاق الإداري وبعض بنود الإنفاق الأخرى لمرافق الرعاية الصحية من خلال تبني ميزانية البنود، ولا يتمتع مديرو مرافق الرعاية الصحية باستقلالية فيما يتعلق بإنفاق هذه الميزانية لأغراض مختلفة بدلا من الأغراض المحددة مسبقا.

ولا يتم تخصيص ميزانية للنفقات الصيدلانية لمرافق الرعاية الصحية، حيث توزع إدارة الأدوية والمستحضرات الصيدلانية، المعروفة أيضا باسم منظمة الإمدادات الطبية، المستحضرات الصيدلانية والعقاقير التي تحتاجها صيدليات مرافق الرعاية الصحية. ويتم توزيع المستحضرات الصيدلانية والأدوية من قِبَل منظمة الإمدادات الطبية وفروعها في مختلف المناطق. ولا تقوم إدارة المستحضرات الصيدلانية والإمدادات في وزارة الصحة إلا بالاختيار واتخاذ القرار والتخصيص فيما يتعلق بالأدوية والمؤسسات التي ستتعامل معها وقبل ذلك بتسجيل الشركات والأدوية التي يمكن استيرادها إلى البلد.

تعتبر وزارة التخطيط الجهة المسؤولة عن تلبية احتياجات مرافق الرعاية الصحية من حيث الهياكل الأساسية وعمليات التشييد، وليس وزارة الصحة. بحيث تتولى الحكومة إعداد الميزانية المتعلقة

باحتياجات مرافق الرعاية الصحية أو الموافقة عليها، ثم تقوم وزارة التخطيط بتخصيص الأموال. وبموجب هذا الإجراء التمويلي، لا تتلقى مرافق الرعاية الصحية ميزانيات إضافية لتلبية احتياجاتها من الأدوية والهياكل الأساسية وعمليات البناء. وعلى الرغم من أن البلديات مسؤولة عن تنسيق وتوفير بعض خدمات الرعاية الصحية في مناطقها، فإنها لا تتلقى التمويل ولا تستطيع جمع الأموال من الضرائب المحلية أو من مصادر الإيرادات الأخرى.

يتمتع مديرو بعض مرافق الرعاية الصحية بسلطة توظيف موظفي الرعاية الصحية. ولهذا السبب، هناك انتقادات مفادها أن مرافق الرعاية الصحية تعاني من زيادة في العمالة وأنه لا توجد قواعد بشأن كيفية تحديد الأشخاص الذين ينبغي توظيفهم في مرافق الرعاية الصحية ولا عددهم.

لا توجد سلطة أو هيئة ملحقة بسلطة عامة تعنى بشراء الخدمات الصحية من المرافق الصحية العامة والخاصة، حيث أن جميع المرافق الصحية العامة مطالبة بتوفير الخدمات الصحية المجانية لمستخدميها، كما أن السكان لا يتلقون تغطية مالية للخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص. ويتعين تمويل جميع الخدمات الصحية والأدوية التي يقدمها القطاع الصحي الخاص إما من خلال مدفوعات مباشرة أو من خلال شركات التأمين الصحي الخاصة.

يرد في الشكل 3 موجز لتمويل النظام الصحي وأدوار وزارة الصحة الليبية والوزارات الأخرى.

الشكل 3. تمويل النظام الصحي في ليبيا

المصدر: الشكل من تصميم المؤلفين.

2.4.1 الإنفاق على الصحة

يجري تقييم أداء التمويل الصحي بالمقارنة مع أربعة مؤشرات رئيسية،هي: المستوى العام للإنفاق على الصحة، وحصة الحكومة في إجمالي الإنفاق على الصحة، وحصة مدفوعات الرعاية الصحية من الأموال الخاصة، ودور المنظمات غير الحكومية الدولية.

يبين الجدول 7 إنفاق ليبيا على نظامها الصحي حسب السنوات، مع العلم أن البيانات في ليبيا غير متاحة بالنسبة للسنوات الـ10 الماضية، وآخر الأرقام المتاحة ترجع لعام 2010. ووفقا للجدول 7، أنفقت ليبيا 3.59% من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، وبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على قطاع الصحة بالدولار الأمريكي المعدل حسب تعادل القوة الشرائية حوالي 958 دولارا أمريكيا.وقد كان مصدر معظم الإنفاق الصحي (69.94%) عام 2010 من الحكومة العامة في حين كان مصدر النسبة المتبقية (29.97%) من القطاع الخاص. ويبدو أن جميع النفقات الصحية الخاصة مصدرها النفقات من الأموال الخاصة. وقد أنفقت المصادر الخارجية الخاصة بالإنفاق على الصحة حصة ضئيلة للغاية من إجمالي النفقات الصحية، أي ما يعادل 0.09%.

الجدول 7. الإنفاق على الصحة

فئات الإنفاق على الصحة	2000	2005	2010	2015	2018
الإنفاق على الصحة (حسب الفرد، تعادل القوة الشرائية، الدولار الأمريكي)	696.50	603.77	958.13	غير متاح	غير متاح
الإنفاق الجاري على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي)	3.43	2.60	3.59	غير متاح	غير متاح
حصة الفرد من الإنفاق الجاري على الصحة (السعر الجاري للدولار الأمريكي)	244.77	212.27	400.86	غير متاح	غير متاح
الإنفاق الإجمالي الحكومي المحلي على الصحة (% من الإنفاق الحكومي الإجمالي)	6.04	5.78	4.33	غير متاح	غير متاح
الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة حسب الفرد، تعادل القوة الشرائية (بالسعر الجاري للدولار الدولي)	339.26	390.36	670.10	غير متاح	غير متاح
الإنفاق المحلي للقطاع الخاص على الصحة (% من الإنفاق الجاري على الصحة)	51.29	35.35	29.97	غير متاح	غير متاح
الإنفاق الخارجي على الصحة (% من الإنفاق الجاري على الصحة)	-	-	0.09	غير متاح	غير متاح
الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة (% من الإنفاق الجاري على الصحة)	48.71	64.65	69.94	غير متاح	غير متاح
الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي)	1.67	1.68	2.51	غير متاح	غير متاح
الإنفاق من المال الخاص (% الإنفاق الجاري على الصحة)	51.29	35.35	29.97	غير متاح	غير متاح

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

تمثل حصة الإنفاق على الصحة في إجمالي الناتج المحلي الإجمالي لبلد معين مؤشرا على الأولوية التي يوليها البلد للنظام الصحي. وفي هذا السياق، أنفقت ليبيا 3.6% من ناتجها المحلي الإجمالي على الخدمات الصحية عام 2010، وهذا المستوى يعتبر الأدنى بالمقارنة مع البلدان الأخرى المماثلة في الجدول 8.وهذا يعني أن قطاع الصحة في ليبيا، من حيث التمويل، لم يعتبر قطاعا ذا أولوية عالية، حتى في العام السابق للاضطرابات السياسية التي شهدها عام 2011. وبالنظر إلى نسبة 7,0% من الناتج المحلي الإجمالي للصحة المخصصة للصحة، يبدو أن الجزائر وتونس تعطيان لقطاع الصحة أولوية أعلى من البلدان المماثلة في المنطقة.

الجدول 8. الإنفاق الجاري على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015
ليبيا	4.3	6.2	3.6	..
الجزائر	3.5	3.2	1.5	7.0
مصر	4.9	4.9	4.2	3.5
تونس	1.5	4.5	5.9	7.0
تركيا	6.4	4.9	1.5	1.4
العالم العربي	4.0	3.5	4.0	1.5
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	4.8	6.4	5.5	6.1

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

على الرغم من أن نصيب ليبيا من الإنفاق على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي عام 2010 هو الأدنى، فإن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالقيمة الجارية للدولار ليس كذلك. وذلك لأن الناتج المحلي الإجمالي لليبيا أعلى نسبيا من العديد من الدول العربية الأخرى. وتعتبر تركيا دولة أخرى ذات نصيب عالي للفرد من الإنفاق على الصحة بالمقارنة مع البلدان الأخرى.

الجدول 9. حصة الفرد من الإنفاق الجاري على الصحة (السعر الجاري للدولار الأمريكي)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015
ليبيا	244.8	212.3	400.9	..
الجزائر	61.3	100.3	228.4	290.5
مصر	72.5	62.8	111.4	180.8
تونس	111.8	172.4	243.6	268.2
تركيا	199.5	364.9	539.3	454.6
العالم العربي	114.8	139.0	248.9	351.1
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	80.9	108.2	224.8	240.1

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

عادة ما تُعتبر حصة نفقات القطاع العام على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة مؤشرا جيدا على مدى العدالة في تمويل الخدمات الصحية في بلد معين. وبالنظر إلى نفقات القطاع العام على الصحة البالغ 78.1% من إجمالي الإنفاق على الصحة، يعتبر النظام الصحي في تركيا ممولا أساسا من القطاع العام بالمقارنة مع البلدان المدرجة في الجدول 10. أما الجزائر، فقد كان مصدر ما يزيد عن 70% فقط من إجمالي الإنفاق على الصحة عام 2015 من القطاع العام، بينما كانت النسبة في ليبيا 70% عام 2010. ويبدو أن نفقات القطاع الخاص على الصحة في ليبيا أعلى من نظيرتها في البلدان الأخرى. ومن شأن ذلك أن يكون مؤشرا على تدهور مستوى العدالة في تمويل الخدمات الصحية في ليبيا.

الجدول 10. الإنفاق الإجمالي الحكومي المحلي على الصحة (% من الإنفاق الصحي الجاري)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015
ليبيا	48.7	64.7	69.9	..
الجزائر	72.0	69.3	69.5	70.5
مصر	35.2	32.3	32.9	31.2
تونس	52.7	50.8	55.8	57.0
تركيا	61.7	67.7	78.0	78.1
العالم العربي	54.9	57.3	58.2	58.4
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	40.6	42.7	43.2	46.8

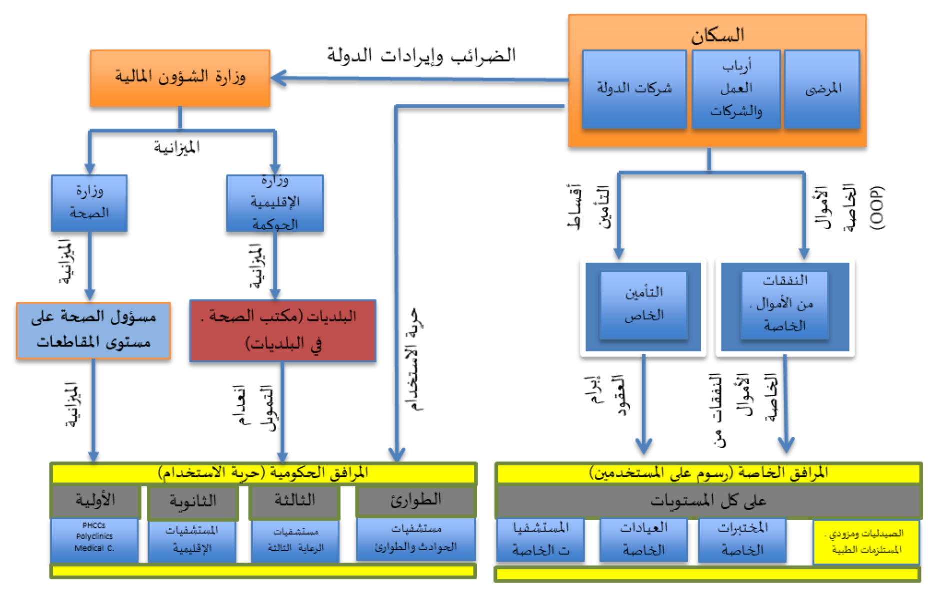
المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

2.4.2 مصادر تمويل قطاع الصحة

الخدمات التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية العامة على جميع المستويات مجانية، كما أن مرافق الرعاية الصحية العامة تمول من خلال عملية الميزنة على أساس البنود من جانب وزارة الصحة. وتقوم وزارة المالية بتحديد ميزانيات الوزارات سنويا، وتتمثل مصادر إيراداتها الرئيسية في الضرائب والإيرادات من المؤسسات العامة. وفيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية، فقد دأبت ليبيا على تقديمها في المقام الأول من خلال مرافق الرعاية الصحية العامة.كما جرى تشجيع القطاع الصحي الخاص لسنوات عديدة. وسمحت الحكومة الليبية للقطاع الخاص حتى بالعمل على مستوى الرعاية الأولية. وقد استفادت ليبيا من مواردها النفطية الغنية لسنوات، ولكن عائدات النفط انخفضت بعد اندلاع الصراع المسلح، الأمر الذي أثر سلبيا على قطاع الصحة، حيث لم تتمكن وزارة الصحة من الحصول على الميزانية اللازمة لتوفير خدمات صحية فعالة وذات جودة في مرافقها الصحية. ولم تكن قادرة حتى على تلبية الاحتياجات الأساسية للمرافق الصحية، بما في ذلك الأدوية الأساسية.

يختار الناس استخدام المرافق الصحية الخاصة لتلبية احتياجاتهم على مستوى الصحة لأن مرافق الرعاية الصحية العامة لا تتوفر على ما يكفي من الموظفين المهرة وغير مجهزة بشكل مناسب.وعلى الرغم من أن مرافق الرعاية الصحية العامة مسؤولة عن توزيع اللوازم الطبية والأدوية من الصيدليات الخاصة بها، فإنها عادة ما تكون غير قادرة على الاضطلاع بمسؤولياتها بسبب نقص الإمدادات. كما تعاني من نقص على مستوى الأطباء المتخصصين في بعض المناطق، وفيما يتعلق بمعدات أخرى من أجل توفير خدمات صحية أفضل.وفي هذه الحالة، يجد العديد من الليبيين أنفسهم مضطرين للجوء إلى مرافق الرعاية الصحية الخاصة ودفع التكاليف من أموالهم الخاصة، لأن الحكومة لا تغطيها. وفي هذا الإطار، أخذت شركات التأمين الصحي في ليبيا في النمو حيث أنها تشتري خدمات صحية أفضل وأكثر كفاءة وأكثر تقدما سواء من القطاع الصحي الخاص في ليبيا أو بإرسال أعضائها إلى بلدان أخرى.

الشكل 4. مصادر إيرادات مرافق الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص



المصدر: الشكل من تصميم المؤلفين.

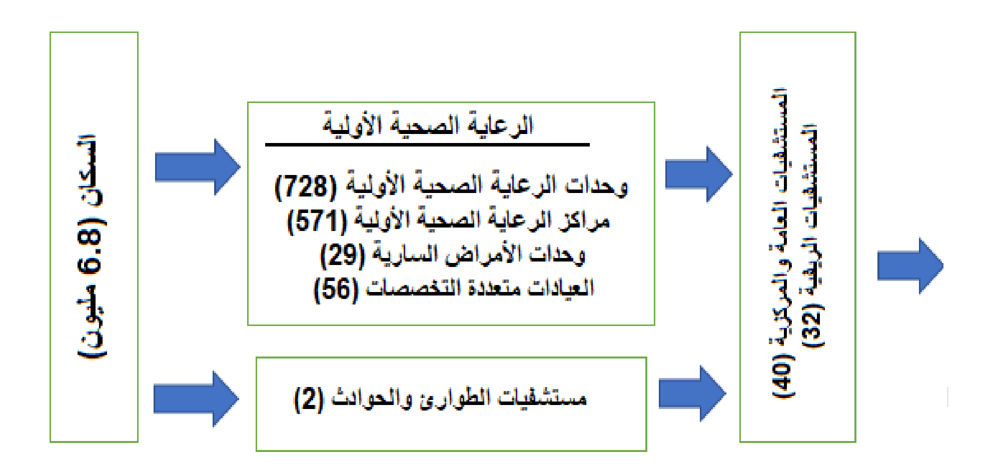
2.5 تقديم الخدمات الصحية

في ليبيا، يوجد نظام مختلط يجمع بين الرعاية الصحية العامة والخاصة، بدلا من نموذج تديره الحكومة بشكل بحت. ويتم تقديم الرعاية الصحية من خلال سلسلة تتكون من وحدات للرعاية الصحية الأولية، ومراكز صحية، وعيادات شاملة ومراكز التأهيل، ومستشفيات عامة في المناطق الحضرية والريفية، بالإضافة إلى عدد من مستشفيات الرعاية المتخصصة.وعلى الرغم من محدودية دورها وعددها، فالجدير بالإشارة إلى انخراط منظمات عامة وغير حكومية أخرى مثل الضمان

الاجتماعي والهلال الأحمر والقوات المسلحة في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية. ويعمل نظام تقديم الرعاية الصحية على ثلاثة مستويات (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

يوجز الشكل 5 نوع وعدد المرافق الصحية على مختلف المستويات وكيفية تنظيم أداء النظام الصحي في ليبيا.

الشكل 5. الهيكل التنظيمي لنظام تقديم الخدمات الصحية في ليبيا



المصدر: الشكل من تصميم المؤلفين.

يمكن تعريف دور مرافق الرعاية الصحية هذه على مختلف المستويات على النحو التالي (El-Daw, Bouzedi, & Dau, 2016):

1) مقدمي الرعاية الصحية العامة:تعتبر وحدات ومراكز وعيادات الرعاية الصحية الأولية كلها مقدمين للرعاية الصحية الأولية، ولكنها تتوفر على قواعد سكانية مختلفة. وتقدم هذه الجهات الرعاية الصحية الأساسية، مثل الفحوص والتطعيمات، وهي نقاط الإحالة الرئيسية إلى المستشفيات الإقليمية. وتعد الخدمات التي يقدمها مقدمو الرعاية الصحية الأولية مجانية لجميع المرضى.
2) المستشفيات الإقليمية:مستشفيات الإحالة في المنطقة التي يحال إليها المرضى و/أو حيث يتم قبولهم إما لتلقي علاجات أو إجراء عمليات معينة. والخدمات التي تقدمها هذه المستشفيات مجانية لجميع المرضى.
3) مستشفيات الرعاية من المستوى الثالث: المستشفيات/ المرافق الوطنية التي يحال إليها المرضى من قبل المستشفيات الإقليمية بالنسبة للحالات المعقدة حين تقتضي الحاجة رعاية أو عمليات خاصة. والخدمات المقدمة في هذه المستشفيات تكون مجانية لجميع المرضى.
4) المستشفيات والعيادات الخاصة: تتمثل في المستشفيات التي يديرها القطاع الخاص. والخدمات

التي تقدمها غير مجانية. بحيث تدفع الرسوم من قبل المرضى أو يتم تغطيتها من خلال التأمين الصحي.

5) مستشفيات الحوادث والطوارئ: تتمثل في المستشفيات المتخصصة في الحوادث المتعلقة بالصدمات والحروق. والخدمات المقدمة في هذه المستشفيات تكون مجانية لجميع المرضى.

2.5.1 الرعاية الصحية الأولية

تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية بطريقة لا مركزية من قبل أربعة من مقدمي الخدمات العامة الرئيسيين: وحدات الرعاية الصحية الأولية (العدد: 728)، مراكز الرعاية الصحية الأولية (العدد: 571)، وحدات الأمراض السارية (العدد: 29)، والعيادات متعددة الاختصاصات (العدد: 56).

تخدم وحدات الرعاية الصحية الأولية (PHCU) منطقة تضم 5.000-10.000 من السكان وتقدم هذه الخدمات: الرعاية الصحية للأمهات؛ وصحة حديثي الولادة والأطفال والصحة المدرسية والتطعيمات؛ والتشخيص المبكر للأمراض المعدية وتنفيذ تدابير الرقابة المحلية؛ وتعزيز الصحة (التعليم)؛ وتسجيل الأمراض المزمنة ومتابعتها؛ والخدمات العلاجية للحالات المعروضة على الوحدة؛ والتوعية بشأن التغذية؛ ورصد جودة المياه وإرسال عينات لتحليلها، ومراقبة الصحة البيئية المجتمعية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017; NATO, 2013).

وتخدم مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) منطقة تضم 10.000-26.000 من السكان وتقدم الخدمات التالية: رعاية صحة الأم والطفل؛ والخدمات الطبية العلاجية وخدمات طب الأسنان للمرضى الداخليين والمرضى الذين تحيلهم وحدات الرعاية الصحية الأولية التابعة لها؛ والتخفيف من حدة الأمراض المعدية والمتوطنة ومكافحتها؛ وتنظيم خدمات التحصين؛ وتعزيز الصحة (التعليم)؛ والتوعية بشأن التغذية؛ والإشراف على مسؤوليات الصحة المدرسية في المنطقة؛ ومراقبة الصحة البيئية؛ والإشراف الصحي على المصانع والمخازن في المنطقة. وتقدم وحدات الأمراض المعدية (CDU) خدمات تشخيص مرض السل وعلاجه.

وتقدم هذه العيادات خدماتها لما يتراوح بين 50,000 إلى 60,000 شخص وتوفر الخدمات التالية: الخدمات العلاجية المتخصصة، بما في ذلك عناية الأسنان للمرضى الداخليين والإحالات من وحدات الرعاية الصحية الأولية إلى المراكز التابعة إليها. وبالإضافة إلى ذلك، تقدم خدمات تتعلق بصحة الأم والطفل، والصحة المدرسية، والتثقيف التغذوي.

تبدأ عملية تنظيم خدمات الرعاية الصحية الأولية من الأماكن المحيطة. وتقدم الرعاية الصحية الأساسية في هذا المستوى الأول من خلال وحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.وهناك مستوى وسيط بين المستويين الأول والثاني من الرعاية الصحية الأولية، حيث تقدم العيادات متعددة التخصصات وعيادات أماكن العمل خدمات أكثر تطورا. ويعمل في مراكز الرعاية الصحية الأولية طبيب، وممرض(ة)، وطبيب أسنان، وفني مختبر، ومساعد بقسم الفحص بالأشعة السينية، وصيدلي، وكاتب سجلات طبية. وفي بعض المراكز الكبيرة، تقدم خدمات صحة الأم والطفل وطب الأطفال

والجراحة الإسعافية. وفي بعض المناطق الحضرية، يتم دعم 3-4 مراكز للرعاية الأولية من طرف عيادات متعددة التخصصات، حيث يقوم أخصائيون من مستشفى منطقة تجميع بتقديم الخدمات للمرضى (WHO-ROEM, 2011).

2.5.2 الرعاية الصحية الثانوية والثالثة

تقدم المستشفيات المحلية والعامة الرعاية للأشخاص المحالين من المستوى الأول. وفي المستوى الثالث، تقدم المستشفيات المتخصصة والتعليمية رعاية متقدمة للأشخاص المحالين من المستوى الثاني. ولابد من تحسين نظام الإحالة نظرا لكون العديد من المراكز تعمل على أساس الوصول المفتوح (WHO-ROEM, 2011).

تتوفر الرعاية الصحية الثانوية والثالثة بشكل رسمي على عدد كاف من الأسرّة (أكثر من 37 لكل 10.000 من السكان)، ولكن ليست كل الأسرة عملية. كما تفتقر المرافق العامة إلى التسهيلات اللازمة لتلبية العديد من التوقعات الأساسية (NATO, 2013).

يوجد نوعان من المستشفيات التي تقدم الرعاية الصحية على المستوى الثانوي.المستشفيات العامة، التي يوجد بها أقل من 100 سرير، توفر الرعاية للمرضى الداخليين في مجالات تخصصات متعددة، بما في ذلك العناية بالأسنان للمرضى المحالين من مرافق الرعاية الأولية. ويبلغ العدد الإجمالي للمستشفيات العامة 40 مستشفى اعتبارا من عام 2017.والمستشفيات الريفية، التي تتراوح طاقتها ما بين 40 و 60 سريرا، توفر الرعاية داخل المستشفيات في مجال طب الأطفال والتوليد وأمراض النساء والجراحة العامة والعناية بالأسنان والطب العام. وهناك 26 مستشفى للرعاية المتخصصة أو الثالثة التي تقدم خدمات متخصصة للمرضى الداخليين، مثل العناية بالصدر، وأمراض القلب، والصدمات النفسية، والعناية بالعيون.

2.5.3 دور القطاع الخاص

تتوفر ليبيا على 157 مرفقا خاصا للمرضى الداخليين بسعة 2.812 سريرا. وتقع معظم هذه المرافق الخاصة في طرابلس وبنغازي والجعفارة ومصراتة. ويشمل القطاع الخاص أيضا 503 عيادة خارجية، و 302 عيادة طب الأسنان، و 2.254 صيدلية، و 426 مختبرا (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

قررت الحكومة تشجيع التوسع على مستوى العيادات والمستشفيات الخاصة وإدخال ممارسة طب الأسرة مصحوبة بالأنظمة التشريعية اللازمة (WHO-ROEM, 2011). ولكن النمو المستمر لقطاع الصحة الخاص عانى في البداية عرقلة بسبب عدم قيام وزارة الصحة باتباع نهج سياساتي شامل إزاء القطاع الخاص. في غياب سياسة حكومية واضحة ومتسقة، واجهت العيادات الخاصة عموما حالة من عدم اليقين بالغ الشدة ولم تستطع الاستثمار في توسعها وتنميتها. فقد مُنحت هذه العيادات تراخيص تشغيل دون معايير أو سياسات تفتيش واضحة، مما جعل أصحابها يخشون من إلغاء السلطات لتراخيصها بشكل تعسفي.ويعتمد التوظيف في القطاع الخاص على المهنيين الصحيين العاملين في القطاع العام الذين يجري نقلهم إلى القطاع الخاص، الأمر الذي يعتبر عامل تأثير سلبي على جودة وكمية الخدمات المتاحة في القطاع العام. وقد حظر مرسوم غير رشيد صدر في يناير 2006

هذه "الممارسة المزدوجة"، التي كان من الواضح أن لها عواقب وخيمة على القطاعين العام والخاص معا، لأن معظم الأطباء يعتمدون على عملهم الخاص في الجزء الأكبر من دخلهم. وفي الوقت الحالي، تقتصر الخدمات التي يوفرها مقدمو الخدمات من القطاع الخاص عموما على الأنشطة الأساسية مثل العمليات البسيطة، حيث ينطوي غياب التأمين الصحي على اضطرار السكان إلى دفع ثمن العلاج الأكثر تكلفة في القطاع الخاص من أموالهم الخاصة (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

لقد سمح بإنشاء المنظمات غير الحكومية (NGO) لأول مرة عام 1971 فضلا عن قانون الجمعيات. وساهم "القانون رقم 19" الصادر عام 2004 في توسيع دور المنظمات غير الحكومية في قطاع الصحة ونظم آليات تسجيلها ودورها ونطاق عملها. في هذا السياق، تقدم جمعية الهلال الأحمر الليبي وعدد صغير من المنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية ودون الوطنية الرعاية الصحية في مجالات الإعاقة والصحة العقلية وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والعقم وأمراض الكلى والسرطان (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

2.5.4 قدرات مر افق الرعاية الصحية

قام تقييم مدى توافر الخدمات وجاهزيتها (SARA[1]) في ليبيا بقياس درجات الجاهزية لتقديم الخدمات بالنسبة للمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية من خلال تقييم مدى توافر مواد التتبع في خمسة مجالات:وسائل الراحة الأساسية (ستة عناصر تتبع)، والاحتياطات القياسية للوقاية من العدوى (سبعة عناصر تتبع)، والمعدات الأساسية (خمسة عناصر تتبع)، والأدوية الأساسية (20 عنصر تتبع)، والتشخيص (سبعة عناصر تتبع)، وكل منها مطلوب لتوفير الخدمات الأساسية الكافية. وأظهر تقرير "سارا ليبيا" أن درجة الجاهزية الإجمالية لتقديم الخدمات الأساسية من قِبَل المستشفيات بلغ 69%، وهو ما يشير إلى استعداد متوسط لتقديم الخدمات. وانخفضت الدرجة الإجمالية في الأساس بسبب انخفاض توافر الأدوية الأساسية (44%) وقلة توفر الاختبارات التشخيصية (63%). كما كانت درجة الجاهزية الإجمالية البالغة 45% بالنسبة لمرافق الرعاية الصحية الأولية منخفضة بشكل غير مقبول وتشير إلى أن القدرة على تقديم الخدمات الصحية الأساسية في هذه المرافق كانت محدودة للغاية. وتكمن أكبر القيود في الجانب المتعلق بتوافر الأدوية الأساسية، بنسبة 16% فقط. كما كان توافر التدابير الوقائية والتشخيصات القياسية أعلى، بنسبة 49% و 48% على التوالي، بينما كانت درجة المعدات الأساسية 50% (WHO, MoH of Libya & EU, 2017). وبشكل خاص، بلغ عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 شخص 3.7، وهو ما يزيد بمقدار 1.1 سرير عن معيار منظمة الصحة العالمية البالغ 2.6 سرير.

---

[1] في عام 2017، قام تقرير "سارا ليبيا" بتقييم مدى الجاهزية لجميع المرافق الصحية من حيث الخدمات العامة وعلى وجه التحديد، جاهزيتها من حيث الخدمات المحددة باستخدام إطار منظمة الصحة العالمية. وتشير الجاهزية من حيث الخدمات العامة إلى القدرة العامة للمرافق الصحية على توفير الخدمات الصحية العامة.ويتم تعريف الجاهزية بتوافر خمسة مكونات محددة (وسائل الراحة الأساسية، والمعدات الأساسية، والاحتياطات القياسية للوقاية من العدوى، والقدرة التشخيصية، والأدوية الأساسية) اللازمة لتوفير الخدمات. أما الجاهزية من حيث الخدمات المحددة، فهي تشير إلى قدرة المرافق الصحية على تقديم خدمة محددة على النحو الذي يقاس بمجموعة مختارة من عناصر تتبع الخدمات في خمسة مجالات: الموظفون المدربون، والمبادئ التوجيهية، والمعدات، والقدرة التشخيصية، والأدوية والسلع الأساسية.

الجدول 11. عدد أسِرَّة المستشفيات (لكل 1.000 شخص)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015
ليبيا	1.4	4.3	3.7	..
الجزائر	..	..	..	1.9
مصر	1.2	2.2	7.1	..
تونس	7.1	8.1	1.2	3.2
تركيا	1.2	3.2	5.2	..
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	6.1	7.1	6.1	..

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

قبل تقرير "سارا ليبيا" قياسات الجاهزية للخدمات العامة والخدمات المحددة كمؤشر على إمكانية الوصول إلى الخدمات وتوافرها، وناقشت التوافر المادي للخدمات الصحية في ليبيا على أنه جيد وأعلى من أهداف منظمة الصحة العالمية بالنظر إلى مؤشر كثافة الهياكل الأساسية الصحية الذي يتألف من ثلاثة عناصر: (1) كثافة المرافق لكل 000 10 نسمة، و (2) كثافة الأسرة في المستشفيات لكل 000 10 نسمة، و (3) كثافة أسرة الولادة لكل 000 1 امرأة حامل.

2.6 القوى العاملة في مجال الصحة

تتميز القوى العاملة في مجال الصحة في ليبيا بسوء إدارة الموارد البشرية، وارتفاع معدل الاستنزاف، وبرامج التعليم والتدريب التي عفا عليها الزمن، وسوء تطبيق المهارات، والتغيب عن العمل، وعدم كفاية الدعم، ونقص الإشراف.فقد قامت ليبيا بتدريب عدد أكبر من اللازم من العاملين في مجال الصحة الذين أجبر البلد على توظيفهم وأرسى ممارسة يشغل فيها بعض العمال مناصب متعددة وبالتالي يتقاضون منها أجورا مضاعفة. وكلتا هاتين الظاهرتين استنزفتا الموارد المالية. وكانت القوى العاملة في مجال الصحة، وخاصة الممرضات، تعتمد اعتمادا كبيرا على الموظفين المغتربين؛ ولم تكن معظم الممرضات المؤهلات ليبيات. كما كانت برامج مراقبة الجودة والتعليم المستمر محدودة، بالإضافة إلى انخفاض الروح المعنوية (NATO, 2013; Congress, 2005).

تتولى وزارة التعليم المسؤولية الرئيسية عن إنتاج وتكوين الموظفين في مجال الصحة. كما تقوم وزارة الصحة بدور في إنتاج وتكوين بعض المهنيين الصحيين الذين يحتاجون إلى تخصص في مجالات معينة، ولكن هناك فجوة واضحة على مستوى الترابط بين الوزارتين. وينبغي أن تكون لمؤسسات التدريب ما قبل الخدمة القدرة على تلبية الطلب على الخدمات الصحية. وهناك حاجة إلى فهم الفجوات الحرجة في تزويد بعض المهنيين الصحيين واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تخصيص الموارد المحدودة المتاحة للكوادر التي تلبي أهداف ومتطلبات النظام الصحي الحالية (MoH of Libya, 2018).

تتوفر الجامعات الليبية على 18 كلية طب (1 خاصة)، و 15 مدرسة طب أسنان (3 خاصة)، و 9 مدارس تمريض.وهناك 11 مدارس للصيدلة (1 خاصة)، و 3 مدارس للعلوم الصحية، و 3 مدارس للصحة العامة، و 11 مدرسة للتقنيين في مجال الطب. ولكن هناك جامعتين مرتبطتين بالتعليم الطبي والمساعدات الطبية (سيدرا والجوفرا) ليستا في مضع تشغيلي (MoH of Libya, 20188).

لدى النقص على مستوى الموظفين في مجال الصحة أسباب عديدة وقد يكون ناجما عن عدم كفاية عدد الأفراد المدربين، ومزيج المهارات غير المناسب، أو ضعف توزيع الموظفين الصحيين. وقد كان لحالة الطوارئ وعدم الاستقرار التي استمرت عقدا من الزمن في البلد أثرا مباشرا على الموارد البشرية من أجل الصحة.وقد أبرز تقرير "سارا ليبيا" بوضوح اختلال التوازن على مستوى الموارد الصحية البشرية وسوء توزيعها. وكان كل من تدفق العمال الوطنيين والأجانب المؤهلين إلى الخارج، وعجز المسؤولين عن فرض التنظيمات الغامضة، ونقص الرصد والإشراف، والغياب المستمر أو الوجود المحدود لبعض الموظفين، فضلا عن محدودية توفر الأدوية، سببا في التأثير بشدة على تقديم الخدمات في البلاد (MoH of Libya, 2018).

الجدول 12. عدد القوى العاملة في قطاع الصحة لعام 2017

التخصصات	العدد
المتخصصون	4,391
الممارسون في الطب العام	9,336
المرضون والممرضات	41,934
القابلات	1.041
أطباء الأسنان	5,776
الصيادلة	3,956
التقنيون في مجال الصحة	29,375
آخرون	36,400
المجموع	132,209

المصدر: وزارة الصحة الليبية، 2018

يوجد في ليبيا عدد كبير من مهنيي القطاع الصحي، لكن توزيعهم سيء، مما أدى إلى نقص حاد في الموارد البشرية في العديد من المرافق الصحية. كما أدى ضعف الحوكمة بسبب المخاوف الأمنية والقيود المالية إلى ثني الموظفين عن العمل بفعالية وبكفاءة. فبعض العاملين في قطاع الصحة لا يذهبون إلى المرافق إطلاقا وعدد قليل منهم يتفقدونها مرة واحدة في الأسبوع. ويعتبر عدم التوازن في توزيع العاملين في قطاع الصحة في ليبيا مشكلة رئيسية، كما هو موضح في الجدول 13 أدناه (MoH of Libya, 2018).

الجدول 13. توزيع الموارد البشرية في قطاع الصحة عبر ربوع ليبيا

المنطقة/ التخصص	المتخصصون		الممارسون في الطب العام		الممرضون والممرضات		القابلات	
التوزيع	مجاز	مشغول	مجاز	مشغول	مجاز	مشغول	مجاز	مشغول
طرابلس	1807	728	3624	2570	6819	3498	265	116
الجنوبية	220	40	235	192	797	952	60	50
الشرقية	536	241	663	601	2022	1735	134	70
منطقة بنغازي	630	333	946	880	2153	1421	127	90
الوسطى	359	166	439	387	1267	847	68	50
الغربية	705	389	851	796	2602	2210	172	91
المجموع	4257	1897	6758	5426	15660	10663	826	467

المصدر: وزارة الصحة الليبية، 2018

كما يتضح من الجدول 13، يوجد في المنطقة الجنوبية فائض كبير من الممرضات ونقص على مستوى الأطباء، في حين تواجه طرابلس نقصا في الممرضات والقابلات. وفي المنطقة الوسطى، توجد نسبة عالية من القابلات ونقص في الأطباء والممرضات المتخصصين. كما تعاني المنطقة الشرقية من نقص في الأخصائيين الطبيين والقابلات، بينما تعاني بنغازي والمناطق الغربية من نقص في الأطباء المتخصصين. وهناك أيضا نقص في الممرضات والقابلات في المنطقة الغربية (MoH of Libya, 2018).

يشير توزيع جميع الموظفين في مجال الصحة على مستوى البلديات إلى أن هناك 12 بلدية لا تتوفر على طبيب عام أو طبيب أسرة تعمل في أحد مرافق الرعاية الصحية الأولية، مع وجود 12 بلدية يعمل فيها موظف واحد فقط، في حين أن أربع بلديات توظف أكثر من 100 موظف. وهذا يشير إلى التوزيع غير العادل لمقدمي الخدمات الأساسية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

ويبين الجدول 14 آخر الأرقام المتعلقة بالقوى العاملة في مجال الصحة لكل 1.000 من السكان، بحيث يقارب عدد الأطباء والممرضات/ القابلات لكل 1.000 شخص الأرقام التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية.

الجدول 14. القوى العاملة في مجال الصحة والمرافق الصحية

المتغيرات	2000	2005	2010	2014	2015
الأطباء (لكل 1000 نسمة)	-	-	1.90	1.2	1.89
الممرضات والقابلات (لكل 1000 نسمة)	-	-	6.80	6.65	-
أطباء الأسنان (لكل 1000 نسمة)	-	-	-	0.89	
الصيادلة (لكل 1000 نسمة)	-	-	-	0.6	
عدد أسِرَّة المستشفيات (لكل 1.000 شخص)	4.10	3.40	3.70	-	-

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020؛ ووزارة الصحة الليبية، 2018.

يقارن الجدول 15 بين الأطباء والممرضات والقابلات لكل 1000 من السكان في ليبيا والبلدان الأخرى. وبالنظر إلى الأرقام، فإن كثافة العاملين في مجال الصحة في ليبيا جيدة جدا، وهي أفضل من معظم بلدان المنطقة.

الجدول 15. الأطباء والممرضات/ القابلات (لكل 1000 نسمة)

اسم البلد	2000		2005		2010		2014/2015		2018	
	الأطباء	الممرضات	الأطباء	الممرضات	الأطباء	الممرضات	الأطباء	الممرضات	الأطباء	الممرضات
ليبيا	-	-	-	-	1.9	6.8	1.2	6.7	-	-
الجزائر	-	-	1.0	-	2.1	1.9	-	-	7.1	5.1
مصر	1.2	-	2.4	-	2.8	3.5	0.8	1.9	0.5	1.9
تونس	0.8		0.9	-	2.1	2.2	3.1	7.2	-	-
تركيا	3.1	8.1	5.1	8.1	7.1	3.2	8.1	6.2	-	-
العالم العربي	1.1	-	-	-	5.1	-	-	-	-	-
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	2.1	-	-	-	4.1	5.2	-	-	-	5.2

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020؛ ووزارة الصحة الليبية، 2018.

2.7 الإمدادات والتكنولوجيا الطبية

يعتبر نقص الإمدادات الطبية (المنتجات الطبية التي تستخدم لمرة واحدة والمستحضرات الصيدلانية الأساسية) وعدم كفاية نظام الإمداد الطبي مشكلة ذات أهمية من ناحية الإمدادات الطبية والتكنولوجيا في ليبيا (Daw, El-Bouzedi, & Dau, 2016). كما يعتبر النقص الحاد في الأدوية الأساسية مشكلة مشتركة تساهم في عدم فعالية تقديم الخدمات الصحية في ليبيا.وتعرّف منظمة الصحة العالمية الأدوية الأساسية بأنها الأدوية التي "تلبي احتياجات الرعاية الصحية ذات الأولوية للسكان"، وهي تلك التي ينبغي أن يحصل عليها الناس دائما بكميات كافية. وقد أبلغ ما مجموعه 397 (27%) من مرافق الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات التي شملتها الدراسة الاستقصائية عن تقديم خدمات صيدلانية أو وجود منطقة تخزين رئيسية للمستحضرات الصيدلانية، مع توافر 80% من الخدمات في مرافق الرعاية الصحية الأولية و20% في المستشفيات. وبالإضافة إلى ذلك، يتوافر 52 مخزن للإمدادات الطبية الوظيفية لاستيعاب وتوزيع الإمدادات الطبية على فرادى المرافق الصحية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

2.8 نظام المعلومات الصحية

يشكل نظام المعلومات الصحية عنصرا رئيسيا في أي نظام صحي. وتعتمد جميع عناصر نموذج النظم الصحية على نظام المعلومات الصحية لتوجيه أنشطتها التخطيطية وأنشطة صنع القرار.كما أن المعلومات الصحية حيوية لتزويد المخططين وصناع السياسات بالأدلة والمعلومات اللازمة لاتخاذ سياسات وقرارات فعالة للرعاية الجيدة للمرضى والأداء الأمثل للنظام. وهو أداة ضرورية لإصلاح النظام الصحي لأنه مصدر أساسي للبيانات والمعلومات الصحية اللازمة لرصد البرامج، والأداء، وجودة الرعاية، والتخطيط، ووضع السياسات، من بين أمور أخرى. ويتطلب الإصلاح الصحي الناجح معلومات ذات صلة ودقيقة وآنية عن النظام الصحي نفسه. ويتمثل جوهر نظام المعلومات الصحية في جمع وتنظيم وتحليل وتخزين هذه المعلومات وحمايتها بشكل آمن (WHO_1, 2007).

ولن يؤدي هذا النظام دوره إلا بإتمام دورة "البيانات-المعلومات-المعرفة-الاستخبارات" ووجود نظام للرصد. وستكون المعلومات بلا معنى إذا لم تتخذ الإجراءات اللازمة لمعالجة المشاكل ومحاولة حلها. وبالإضافة إلى ذلك، ترتبط هذه الشبكة ارتباطا وثيقا وتعتمد اعتمادا كبيرا على نظم وإحصاءات التسجيل الحيوية.وتشمل الأمثلة المواليد الحية، ومعدلات المواليد، وإحصاءات الوفيات، بما في ذلك أسباب الوفاة. كما أن قياس الإنصاف في تقديم الخدمات والاستجابة يتطلب بيانات مفصلة ومعطيات مستمدة من نظام جيد الأداء للمعلومات الصحية على المستوى دون الوطني (El-Taguri, 2008).

في ليبيا، أنشئ مركز المعلومات الصحية التابع لوزارة الصحة عام 2006 بموجب القانون رقم 4 لعام 1990.ومنذ ذلك الحين، والمركز يتوفر على ميزانيته السنوية الخاصة به، ويقوم بجمع البيانات الروتينية من المرافق الصحية، وإجراء الدراسات الاستقصائية الصحية، وتدريب الموارد البشرية على الوحدات الإحصائية، ونشر مختلف التقارير الإحصائية. ويرأس المركز حاليا مدير عام يشرف على 26 موظفا، يتألف من خبراء إحصائيين، وأخصائيين حاسوبيين، وكتاب إدخال البيانات والتوثيق، وخبير استشاري للمعلومات الصحية. ويشمل هذا المركز خمسة مكاتب للإحصاءات والبحوث، وتحليل البيانات، وتكنولوجيا المعلومات، والتوثيق، ومكتب للشؤون الإدارية والمالية (WHO_4, 2017).

من الناحية التاريخية، كانت المعلومات الصحية ترد مباشرة من المكاتب الإحصائية في جميع المستشفيات ومن الوحدات الإحصائية التابعة لإدارة الصحة على مستوى المقاطعات. وتصدر التقارير سنويا. ومع ذلك، وبسبب التحديات السياسية الراهنة، توقفت تدفقات المعلومات وانخفضت بدرجة كبيرة من المستشفيات ولمرافق الرعاية الصحية الأولية. ويعتبر المركز الوطني لمكافحة الأمراض الكيان الرئيسي المسؤول عن مراقبة الأمراض والتصدي لها. ولجميع البرامج الخاصة بالأمراض نظام للإبلاغ

عن الأمراض وتقدم تقاريرها سنويا إلى مركز المعلومات الصحية (WHO_4, 2017).

لدى نظام المعلومات الصحية في ليبيا بعض مواطن القوة والضعف،بحيث يشكل كل من توافر مركز وظيفي للمعلومات والتوثيق في مجال الصحة، وتزايد الطلب على البيانات من عدة جهات فاعلة رئيسية في مجال الصحة، بما في ذلك الجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية، ووجود وثائق مختلفة مناسبة تشير إلى وجود نظام محدد تحديدا جيدا نسبيا لجمع البيانات الأساسية والإبلاغ عنها من المرافق إلى المستوى الوطني عوامل قوة في نظام المعلومات الصحية الحالي. ومع ذلك، يعاني نظام المعلومات الصحية في ليبيا عددا من حالات النقص مثل عدم كفاية الاستمارات والتشريعات، وعدم كفاية التدريب، والمخرجات المُتحصلة بشكل سيئ، والتعليقات. بالإضافة إلى أن البيانات التي يتم جمعها ليست شاملة ومركزة ومنظمة (WHO_4, 2017).

3

تقييم مؤشرات أداء النظام الصحي والجوانب الرئيسية للنظام الصحي الليبي



تقدم مؤشرات أداء النظام الصحي أدلة على نجاح النظام في تحسين صحة السكان..وتتأثر نتائج النظام بفعالية العناصر المكونة التي تحدد هيكل النظام وأدائه. ويمكن أن تعزى الأسباب الجذرية لمشاكل محددة في النظام الصحي إلى ستة عناصر من إطار النظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية. وتتلخص هذه العناصر في تقديم الخدمات، والقوى العاملة في مجال الصحة، والمعلومات، والمنتجات والتكنولوجيا الطبية، والتمويل، والريادة والحوكمة (الإشراف). كما يؤكد روبرتس وآخرون (2002) أن الأسباب الجذرية للمشاكل يمكن تحديدها أيضا من خلال الضوابط الخمسة لمراقبة النظام: التمويل، والدفع، والتنظيم، والقواعد، والسلوك. وتعتبر لبنات البناء وضوابط المراقبة مهمة ليس فقط في تشخيص المشاكل فحسب، بل أيضا في وضع مقترحات لإصلاح قطاع الصحة. ولا ترتبط المشاكل الصحية دوما بمسألة واحدة؛ ففي بعض الأحيان تسبب عدة عوامل المشكلة أو تزيد من حدتها. وقد يتطلب حل مشكلة معينة أو القضاء عليها من أجل تحقيق نتيجة مرغوبة من خلال اقتراح للإصلاح معالجة المسائل المتصلة بضوابط الرقابة المتعددة أو لبنات البناء، لأن المشكلة قد تنجم عن عدم كفاية التمويل وتقديم الخدمات والتوظيف وغير ذلك من عناصر النظام الصحي.

3.1 الإطار المستخدم لتقييم أداء النظام الصحي الليبي وتحديد سبل التحسين

تم الجمع بين إطارين مختلفين في هذا التقرير، أولهما وضعته منظمة الصحة العالمية (2007) والآخر اقترحه روبرتس وآخرون (2002) لاقتراح إصلاحات النظام الصحي بهدف تعزيز النظام. وينطوي هذا على تقييم مؤشرات أداء النظام الصحي الليبي ودراسة الجوانب الرئيسية للنظام الصحي في البلاد بعناية (الشكل 6). وعلى الرغم من أن كلا الإطارين يتبعان منهجية منظمة الصحة العالمية لقياس أداء النظام الصحي لعام 2000، فإنهما يوفران نهجا مختلفة ومفيدة لتحديد المشاكل والحواجز القائمة في النظام الصحي. ويولي كلا النهجين اهتماما خاصا بالأهداف الشاملة للنظام الصحي (النتائج) ومؤشرات الأداء الوسيطة (المخرجات).

ويمكن تحقيق الأهداف النهائية المتمثلة في تحسين الوضع الصحي، والإنصاف في التمويل، والاستجابة، وتحسين الكفاءة من خلال الأهداف الوسيطة (الوصول، والتغطية، والجودة، والضمان) القائمة على توفير الرعاية الصحية، والعاملين في مجال الصحة، والبيانات، والتكنولوجيا والسلع الطبية، والتمويل، والحكم الرشيد. وحدد روبرتس وآخرون (2002) ثلاثة نواتج وسيطة كمؤشرات للأداء: الكفاءة والجودة والوصول (Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2002). كما أضافت منظمة الصحة العالمية مؤشرين إضافيين إلى هذه المؤشرات هما السلامة والتغطية (WHO_1, 2007).ومن المعلوم أن تحقيق نواتج وسيطة أفضل يتوقف على جهود مختلف أصحاب المصلحة. ويمكن اعتبار السلامة والجودة والكفاءة من المسؤوليات الرئيسية لمقدمي الخدمات، ومن شأن هذه المؤشرات أن تكون وثيقة الصلة بقواعد التنفيذ والجهات الثالثة التي تقوم بالدفع. وبالإضافة إلى ذلك، تولي المفوضية الأوروبية اهتماما بالعوامل المحددة للوضع الصحي غير الرعاية الصحية في سياق أوسع يسمى التأثيرات الخارجية والبيئة الاجتماعية والاقتصادية لزيادة كفاءة الأنظمة الصحية (European Commission, 2019).

الشكل 6. إطار تقييم أداء النظام الصحي والجوانب الرئيسية للنظام الصحي الليبي

أداء النظام الصحي (النتائج النهائية)
وضع قطاع الصحة (المستوى والإنصاف)
العدالة (الحماية ضد المخاطر المالية)
الاستجابة (رضا المستخدم)
تحسين الكفاءة
مؤشرات الأداء الوسيطة (المخرجات)
الفعالية
الجودة
الوصول
التغطية
السلامة
ضوابط الرقابة أو لبنات البناء
السلوك
التشريع
التنظيم
الدفع
التمويل
الحوكمة
التكنولوجيا
تقديم الخدمات
المعلومات
اليد العاملة
التمويل

المصدر: مستمد من منظمة الصحة العالمية (2007)؛ والمفوضية الأوروبية (2019)؛ وروبرتس وآخرون، (2002)

تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد معيار ذهبي لاتخاذ قرار بشأن ما إذا كان النظام الصحي ناجحا في تحقيق النتائج المرجوة. وكثيرا ما تستخدم مقارنة الأنظمة الصحية في البلدان من حيث إنجازات النظام الصحي لفهم الأداء النسبي للأنظمة. وقد استخدم هذا التقرير نهجا مماثلا لاتخاذ قرار بشأن ما إذا

كانت إنجازات النظام الصحي في ليبيا أفضل من إنجازات الأنظمة الأخرى في المنطقة وعدد قليل من البلدان المماثلة.

3.2 مؤشرات أداء النظام الصحي والجوانب الرئيسية للنظام الصحي الليبي

تسمح مقارنة مؤشرات أداء النظام الصحي في ليبيا بمؤشرات أداء البلدان الأخرى باتخاذ قرار بشأن فعالية النظام في تحقيق أهدافه المنشودة. ويمكن أن توفر المقارنة أيضا رؤى متعمقة عن الأسباب الجذرية للمشاكل القائمة.وقد استخدم تقييم مؤشرات الأداء وكذلك تحديد المشاكل القائمة في النظام الصحي الليبي الإطار الوارد في الشكل 6. وتم الحصول على بيانات من تقارير ووثائق وطنية ودولية من أجل التقييم.

3.2.1 الإنجازات العامة للنظام الصحي

ذكرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2000 "النظم الصحية: تحسين الأداء" أن هناك العديد من الأسئلة حول أداء النظام الصحي، ولكن لا توجد عنها إجابات واضحة أو بسيطة. ولا يزال الاستنتاج الذي توصلت إليه منظمة الصحة العالمية عام 2000 صحيحا لأنه من الصعب قياس النتائج وفصل مساهمة النظام الصحي عن عوامل أخرى. وقد صنفت منظمة الصحة العالمية البلدان الأعضاء على ثلاثة أهداف أساسية للنظام الصحي، وهي الوضع الصحي الذي يقاس بسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، ومدى الاستجابة، والمساواة في المساهمة المالية، لمقارنة أدائها. واحتلت ليبيا المرتبة 87 بين الدول الأعضاء، مما جعلها متخلفة عن ركب العديد من الدول من حيث الإنجازات الشاملة للنظام الصحي (WHO_2, 2000).

وعلى الرغم من الأداء الضعيف الذي قدرته منظمة الصحة العالمية عام 2000، فقد صنفت ليبيا باعتبارها النظام الصحي الحادي عشر الأكثر كفاءة عند النظر في الإنفاق على الصحة وإنجازات النظام الصحي في البلاد من حيث متوسط العمر المتوقع في عام 2014. وفي هذه المقارنة، قدر متوسط العمر المتوقع في ليبيا بنحو 75 عاما، في حين قدر نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بنحو 398 دولارا فقط لكل شخص (Bloomberg, 2014).

وضع قطاع الصحة

يستخدم متوسط العمر المتوقع عند الولادة على نطاق واسع في التقارير والوثائق الدولية للإشارة إلى صحة السكان. ويبين الجدول 16 متوسط العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا وبلدان مختارة منذ عام 2000. حيث زادت جميع البلدان من متوسطها فيما يتعلق بالعمر المتوقع على مدى السنوات الـ18 الماضية، بما في ذلك ليبيا.ورغم أن ليبيا ليست الدولة الأكثر نجاحا في زيادة متوسط العمر المتوقع،

فإن متوسطي العالم العربي ومصر أقل من مثيله في ليبيا. ومن الأهمية بمكان أيضا أن نذكر أن صراعات ما بعد عام 2011 يبدو أنها تخلف تأثيرا سلبيا على متوسط العمر المتوقع في ليبيا لأن البلاد لم تحسن هذا المتوسط إلأى حد كبير منذ ذلك الحين (1,8 عاماً فقط في الأعوام الـ18 الماضية). ووفقا لآخر البيانات المبلغ عنها عام 2018 بالنسبة للبلدان القابلة للمقارنة، فإن تركيا تستأُثر بأعلى متوسط عمر متوقع، تليها الجزائر. وباعتبار متوسط العمر المتوقع هدفا هاما من أهداف النظم الصحية، يمكن الاستنتاج بأن ليبيا نجحت في زيادة متوسطها فيما يتعلق بالعمر المتوقع.

الجدول 16. متوسط العمر المتوقع عند الولادة، الإجمالي (السنوات)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015	2018
ليبيا	70.9	71.9	72.0	72.1	72.7
الجزائر	70.6	73.1	74.9	76.1	76.7
مصر	68.6	69.4	70.3	71.3	71.8
تونس	73.2	74.2	75.0	75.9	76.5
تركيا	70.0	72.4	74.5	76.5	77.4
العالم العربي	67.8	69.2	70.3	71.2	71.8
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	69.4	70.8	72.0	73.0	73.6

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

يعتبر معدل وفيات الرضع مؤشرا هاما آخر على الوضع الصحي لمقارنة أداء النظام الصحي للبلدان. كما يعتبر المعدل أيضا عاملا قويا جدا لتحديد متوسط العمر المتوقع في بلد معين. ولمنع الوفيات في السنوات الأولى من الطفولة أثر هام على إطالة العمر المتوقع. وعند مقارنة معدلات وفيات الرضع في بلدان مختارة وفي ليبيا في الجدول 17، يمكن ملاحظة أن ليبيا كانت من أنجح البلدان في خفض معدل وفيات الرضع على مدى السنوات الـ18 الماضية. فقد خفضت ليبيا معدل وفيات الرضع من 24,2 حالة وفاة إلى 10,2 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي. وهذا يعني أن ليبيا قد حالت دون وفاة 14 طفل لكل 1000 مولود حي.وكانت تركيا أنجح بلد في خفض معدل وفيات الرضع، مما أدى إلى تفادي 21,8 حالة وفاة لكل 1000 ولادة خلال نفس الفترات. وتشير هذه الأرقام ببساطة إلى نجاح ليبيا. ورغم ذلك، من المهم الإشارة إلى أن معدل وفيات الرضع ومتوسط العمر المتوقع يتأثران تأثرا شديدا بخصائص اجتماعية واقتصادية وديمغرافية أخرى وكذلك بالتعليم. ولهذا السبب، قد يكون من التحيز اعتبار أن النجاح يرجع فقط إلى النظام الصحي للبلد.

الجدول 17. معدل وفيات الرضع (لكل 1,000 ولادة حية)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015	2018
ليبيا	24.2	19.8	14.3	11.4	10.2
الجزائر	33.9	28.8	23.5	21.4	20.1
مصر	37.2	29.5	24.2	20.0	18.1
تونس	24.9	18.8	15.8	14.8	14.6
تركيا	30.9	21.4	14.9	10.9	9.1
العالم العربي	43.9	37.7	31.8	28.1	26.5
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	36.3	29.5	24.3	21.2	19.8

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

نظرا لأن أسباب الوفيات النفاسية يمكن الوقاية منها إلى حد كبير، فإن معدل الوفيات النفاسية كثيرا ما يعتبر مؤشرا على إمكانية الوصول إلى نظام صحي معين ومدى استجابته. ويقدر معدل الوفيات النفاسية الحالي في ليبيا بنفس المستوى الذي بلغته بلدان مثل المملكة المتحدة ونيوزيلندا، وهو ما يشير إلى الأداء العام الجيد للنظام الصحي المحلي من حيث رعاية التوليد في حالات الطوارئ (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

ويقارن الجدول 18 البلدان المختارة من حيث متوسط العمر المتوقع الصحي عند الولادة حسب نوع الجنس. وكما هو مبين في الجدول 18، فإن مصر سجلت أدنى متوسط عمر صحي متوقع للجنسين، فيما اعتلت ليبيا المرتبة الثانية على مستوى التصنيف.

الجدول 18. متوسط العمر المتوقع ومعدل العمر الصحي المتوقع (HALE) عند الولادة حسب نوع الجنس في 2016

الدول	الإناث	الإناث (HALE)	الذكور	الذكور (HALE)
ليبيا	77.59	65.47	72.62	63.00
الجزائر	78.41	66.11	76.43	66.04
مصر	74.98	63.54	69.44	60.64
تونس	80.46	68.32	74.58	65.02
تركيا	82.33	69.20	75.84	65.94
للمغرب	76.44	64.38	73.55	63.58

المصدر: القياسات الصحية العالمية، لانسيت (2018)

الإنصاف في المالية

يحدد الإنصاف من حيث الاستفادة من الرعاية الصحية وتمويلها، وهو أحد الأهداف الرئيسية لنظام الرعاية الصحية الذي يعمل بشكل جيد. وإن الناس يستخدمون الرعاية الصحية أساسا بسبب

احتياجاتهم لها، وتحدد هذه الاحتياجات أساسا بالأمراض التي يعانون منها ومدى حدتها. ومع ذلك، هناك عدد من العوامل التي تؤثر على الاستفادة من الرعاية الصحية.ويتأثر قرار الفرد بالسعي إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية وحجم الخدمات التي يتلقاها بالعوامل المسببة، وهي سمات الفرد؛ والعوامل التيسيرية، وهي قدرة الأفراد على الحصول على خدمات الرعاية الصحية؛ عوامل الحاجة التي تدل على مدى الحاجة إلى الرعاية الصحية. ويعتبر الإنصاف مشكلة إذا تأثر الانتفاع بالرعاية الصحية في المقام الأول بعوامل تمكينية مثل الدخل، ووجود التأمين الصحي، والجغرافيا، والإثنية، وما إلى ذلك (Andersen, 1995).

إن التمويل العادل في الأنظمة الصحية يعني أن المخاطر التي تواجهها كل أسرة بسبب تكاليف النظام الصحي توزع على أساس القدرة على الدفع وليس خطر المرض: فالنظام الممول تمويلا عادلا يضمن الحماية المالية للجميع. فالنظام الصحي الذي يضطر فيه الأفراد أو الأسر المعيشية في بعض الأحيان إلى إفقار أنفسهم بشراء الرعاية اللازمة، أو يجبرون على العيش بدون الرعاية بسبب تكلفتها، هو نظام غير عادل. وهذا الوضع يتسم به أغلب البلدان الفقيرة وبعض البلدان ذات الدخل المتوسط والعالي، حيث لا يتمتع جزء من السكان على الأقل بحماية كافية من المخاطر المالية (WHO_2, 2000).

يمكن لعملية دفع تكاليف الرعاية الصحية أن تكون غير عادلة بطريقتين.يمكنها أن تعرض الأسر لتكبد نفقات كبيرة غير متوقعة، أي تكاليف لا يمكن توقعها ويجب دفعها من الأموال الخاصة وقت استخدام الخدمة بدلا من تغطيتها بنوع من الدفع المسبق. كما يمكنها أن تفرض مدفوعات تنازلية، يدفع فيها أقل الناس قدرة على المساهمة أكثر نسبيا من أولئك الذين هم أفضل حالا. ويمكن حل المشكلة الأولى عن طريق التقليل إلى أدنى حد من نصيب دافعي الضرائب من تمويل النظام، بحيث يعتمدون قدر الإمكان على دفع مبالغ مسبقة يمكن التنبؤ بها، لا علاقة لها بالمرض أو الاستخدام. والمشكلة الثانية يمكن معالجتها من خلال ضمان أن يكون كل شكل من أشكال الدفع المسبق .من خلال العائدات الضريبية، والتأمين الاجتماعي، أو التأمين الطوعي .تصاعديا أو على الأقل محايدا للدخل، وأن يرتبط بالقدرة على الدفع وليس بالمخاطر الصحية (WHO_2, 2000).

يتم مقارنة مستوى الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة في بلدان مختارة لتقييم مدى إنصاف النظام الصحي الليبي من حيث التمويل من خلال استخدام أحدث الأرقام التي أبلغ عنها البنك الدولي (WB, 2020). ومن المهم أن نرى أن مستوى النفقات على الصحة مرتفع جدا في العالم العربي وبلدان منطقة الشرق الأوسط من أجل التنمية بالمقارنة مع البلدان المتقدمة الأخرى ذات الدخل المرتفع.ويمثل ارتفاع مستوى النفقات على الصحة السمة الرئيسية للبلدان الفقيرة والبلدان الأقل نموا. وعلى الرغم من أن ليبيا لا تملك أعلى مستوى من الإنفاق من الأموال الخاصة، فإن 29.7 في المائة من الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة في مجموع الإنفاق على الصحة مرتفع وينبغي تخفيضه. وقد نجحت تركيا في خفض الإنفاق على الصحة في السنوات ال18 الماضية. ويشير الجدول 19 إلى أنه يمكن وجود شواغل جدية فيما يتعلق بالإنصاف المالي في ليبيا، وإن لم تكن أسوأ مما هي عليه في البلدان المجاورة.

الجدول 19. الإنفاق من المال الخاص (% النفقات الجارية على الصحة)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015
ليبيا	51.3	35.3	30.0	*29.7
الجزائر	25.8	28.1	28.9	28.2
مصر	62.5	64.6	62.6	59.5
تونس	38.6	42.1	42.1	39.6
تركيا	28.6	24.2	16.9	16.9
العالم العربي	37.6	34.9	33.0	31.4
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	53.9	51.1	51.0	46.5

*بيانات 2013، الوضع الصحي في ليبيا، 2015. المصدر: البنك الدولي، 2020؛ منظمة الصحة العالمية_5.

تشير النفقات على الصحة للفرد الواحد الواردة في الجدول 20 إلى أن نسبة الإنفاق على الصحة للفرد الواحد في ليبيا هي الأعلى حيث بلغت 120.2 دولار أمريكي عام 2010. وهذا يعني أن الشخص الذي يعيش في ليبيا يتوقع منه أن ينفق على الصحة من الأموال الخاصة أكثر من الشخص الذي يعيش في بلدان مختارة أخرى من البلدان العربية وبلدان الشرق الأوسط. ومن المهم أيضا أن نذكر هنا أن تعادل القوة الشرائية ومجموع النفقات على الصحة للبلدان مختلفان.

الجدول 20. الإنفاق من المال الخاص حسب الفرد (السعر الجاري للدولار الأمريكي)

اسم البلد	2000	2005	2010	2015
ليبيا	125.5	75.0	120.2	..
الجزائر	15.8	28.2	66.0	81.9
مصر	45.3	40.6	69.8	107.5
تونس	43.2	72.6	102.6	106.1
تركيا	57.1	88.2	91.0	77.1
العالم العربي	43.5	48.6	82.0	109.9
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (باستثناء ذوي الدخل العالي)	43.6	55.2	114.4	111.3

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

بالنظر إلى أن ليبيا تتوفر على نظام صحي وطني يمول الخدمات الصحية من مصادر الإيرادات العامة، فمن الممكن القول بأنه لا ينبغي قبول مستوى الإنفاق من إجمالي النفقات الصحية ونصيب الفرد من النفقات الصحية كنظام طبيعي، وأن يكون قريبا من أرقام الدول الأخرى التي تمول نظمها الصحية من الإيرادات الحكومية العامة. ومع ذلك، إذا كانت هناك برامج رسمية تحمي الفقراء من النفقات الكارثية على الصحة، وتستهدف الفقراء لتيسير الحصول على الخدمات الصحية الجيدة، فإن النفقات على الصحة من الأموال الخاصة قد تكون مقبولة بالنسبة للأغنياء.

تؤكد دساتير العديد من بلدان العالم العربي بوضوح على دور الحكومات في ضمان توفير الرعاية الصحية كحق لجميع المواطنين. ورغم ذلك، لا يزال المواطنون يستفيدون من نظم الرعاية الصحية غير المنصفة. ومن بين عناصر هذا التفاوت محدودية الوصول المالي إلى خدمات الرعاية الصحية (Saleh et al, 2014).

الاستجابة

لا تعتبر الاستجابة مقياسا لمدى استجابة النظام للاحتياجات الصحية، وقد لا يكون مؤشرا مناسبا لقياس النتائج الصحية، ولكن يمكن أن يكون مفيدا لتقييم كيفية أداء النظام الصحي فيما يتعلق بالجوانب غير الصحية، وفي تلبية أو عدم تلبية توقعات السكان بشأن كيفية معاملتهم من جانب مقدمي الخدمات الوقائية أو العلاجية أو غير الشخصية (WHO_2, 2000).

في الواقع، في حين أن المؤشرات الصحية العامة في ليبيا مرضية نسبيا، فإن النظام يعاني عددا من أوجه القصور، لا سيما جودة الرعاية، وتحفيز العاملين في الطب، وجودة الرعاية التمريضية، وجودة التعليم التمريضي، وعدم وجود مبادئ توجيهية لتشخيص الأمراض وعلاجها، وضعف مستوى التدريب المهني المستمر، وغياب استراتيجية قطاعية واضحة تستند إلى المؤشرات الصحية التي يتعين تحقيقها (EU, 2013). والخدمات الصحية ضعيفة ولا تلبي احتياجات السكان، مما يؤدي إلى عدم الثقة في النظام رغم بعض الإنجازات. وقد سعى العديد من الليبيين إلى الحصول على الرعاية الصحية في الخارج، ولا سيما في تونس. ففي عام 2007، قدر إجمالي المبلغ الذي أنفقه الليبيون على السياحة الطبية بنحو 100-200 مليون دولار أمريكي سنويا، على الرغم من أن الأرقام الدقيقة غير معلومة (El-Taguri, 2007).

تحسين الكفاءة

يواجه أي نظام صحي مشكلتين مختلفتين من مشاكل الكفاءة: الكفاءة الفنية وكفاءة التخصيص. وتعنى الكفاءة الفنية بكيفية إنتاج الخدمات بموارد محدودة، بينما تهتم كفاءة التخصيص بماهية الخدمات المنتجة. ويتطلب تحسين كفاءة التخصيص إدخال تغييرات على ما ينتج، مما قد يفرض تكاليف باهظة جدا على المشاركين في إنتاج واستهلاك المنتجات المقرر تخفيضها. وإن تحويل الموارد (الناس والأموال) من بعض الأنشطة إلى أنشطة أخرى - من خدمات التكنولوجيا المتقدمة إلى الرعاية الأولية على سبيل المثال - كثيرا ما يتعرض للرفض (Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2002).

ويصح القول أيضا أنه يتعين على البلدان أحيانا أن تختار بين الكفاءة والإنصاف. فعلى سبيل المثال، يمكن وصف خدمة الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية بأنها "غير فعالة"، لأنه يمكن تقديم المزيد من الخدمات الصحية بنفس القدر من المال في المناطق الحضرية إذا لم يتم احترام مبدأ

الإنصاف. لهذا السبب، يؤكد روبرتس وآخرون (2002) أن: "النهج الصحيح للكفاءة: ما إذا كان النظام الصحي لأمة معينة فعالا في تحقيق أهدافه المتعلقة بالمساواة" (Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2002).

أصبحت الكفاءة بعدا أساسيا لجودة خدمات الرعاية الصحية بقدر ما برزت مؤخرا الموارد كهدف رابع للنظام الصحي في إطار منظمة الصحة العالمية. ويشكل النظام الصحي الليبي مثالا ممتازا على الكيفية التي يمكن بها لعدم الكفاءة أن يعرقل الفعالية، كما هو الحال في حالة الاعتماد على الأدوية ذات العلامات التجارية العالية السعر عندما يكون القطاع الصحي عاجزا عن ضمان توافرها للجميع لسنوات. ومن مظاهر عدم الكفاءة الأخرى ارتفاع عدد الموارد البشرية غير المهنية المستخدمة لأسباب مختلفة في المرافق الصحية. ويعتبر كل من نظام الميزنة، وعدم الاستقلالية في اتخاذ القرارات، وانخفاض مستويات التوظيف، والإفراط في التوظيف، وعدم كفاءة استخدام الموارد، العوامل الرئيسية التي تساهم في انخفاض الكفاءة (WHO, MoH of Libya & EU, 2017; WHO-ROEM, 2011)

3.2.2 تقييم مؤشرات أداء النظام الصحي الوسيط

كما ذكر آنفا، يتم تحقيق النتائج النهائية لأي نظام صحي فقط عند استيفاء مؤشرات النظام الصحي الوسيط على النحو المبين في الإطار. ويسعى هذا الفرع من التقرير إلى الحصول على أدلة على مؤشرات أداء النظام الصحي الوسيط من خلال تحليل الدراسات والتقارير السابقة عن النظام الصحي الليبي.

بلغ المؤشر العام لتوفر الخدمات في ليبيا 81%، وهو ما يشير إلى أن إمكانية الحصول على الخدمات الصحية كانت جيدة في ليبيا. ورغم أن النظام الصحي الليبي كان لديه مؤشرات جيدة من حيث توافر المرافق الصحية مثل كثافة المرافق الصحية (2,8 لكل 10.000 نسمة)، وكثافة القوى العاملة الصحية (76 لكل 10.000 نسمة)، وكثافة أسرة الولادة (13 سرير لكل 1.000 امرأة حامل) بالمقارنة مع أهداف منظمة الصحة العالمية. ورغم ذلك، هناك مشاكل تتعلق بالإنصاف والجودة والتوزيع، وكذلك بجودة وكفاية اللوازم الطبية الأساسية والأدوية. وتعتبر القوى العاملة في مجال الصحة ونظام المعلومات الصحية من المشاكل الرئيسية الأخرى في النظام الصحي الليبي (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

الإنصاف

يقاس الإنصاف على أفضل وجه بتحليل البيانات على المستوى الفردي بشأن المحددات الرئيسية للوضع الصحي وكذلك الحواجز والمشاكل القائمة في استخدام الخدمات الصحية والوصول إليها. ونظرا لأن قياس الإنصاف يتجاوز نطاق هذا التقرير، فقد تم جمع أدلة على الإنصاف في الخدمات

الصحية في ليبيا من خلال مقالات وتقارير نشرت سابقا عن النظام الصحي الليبي. واستنادا إلى النتائج، يمكن القول إن الإنصاف في استخدام الرعاية الصحية يمثل مشكلة في ليبيا.

والتوزيع الجغرافي للمرافق الصحية والصراع الدائر في البلد هما السببان الرئيسيان لمشاكل الإنصاف في الخدمات الصحية. فعلى سبيل المثال، وجد تقرير "سارا ليبيا" أن المناطق لا تفي جميعها بأهداف كثافة المرافق الصحية التي حددتها منظمة الصحة العالمية.فمنطقتا بنغازي وسرت تتخلفان وراء الأهداف، حيث أن كليهما تأثرتا بالصراع ولديهما العديد من المرافق المتضررة أو التي يتعذر الوصول إليها. والمناطق ذات كثافة أعلى من حيث أسرة المرضى الداخليين بالمقارنة مع الهدف، فهي تتوفر على مرافق صحية تعمل كمراكز إحالة لعدد من المناطق المجاورة. وقد خلص التقرير أيضا إلى أن معظم سعة الأسرة في القطاع الخاص تتواجد بمدينة واحدة هي طرابلس. ووفقا للمناقشات الواردة في التقرير، ثمة هناك مشكلة تتعلق بالتوزيع العادل لأسرّة الولادة حسب المقاطعات، بحيث أن التقرير توصل إلى أن 8 من أصل 22 مقاطعة تتوفر على أقل من الهدف الذي حددته منظمة الصحة العالمية والمتمثل في 10 أسرّة ولادة لكل 1.000 امرأة حامل في كل من بنغازي، وجبل الأخضر، وسرت، والجفارة، وعزاوية، ووادي الحياة، ومرزق وغات (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

فيما يتعلق بالإنصاف في استخدام الخدمات الصحية في ليبيا، أشار تقرير "سارا ليبيا" إلى بعض المسائل المتعلقة بهذا المؤشر،إذ خلص إلى أن مؤشرات الجاهزية لتقديم خدمات التوليد في مرافق الرعاية الصحية الأولية وتوافر الرعاية في حالات الطوارئ والولادة وحديثي الولادة في مناطق سيرت ووادي الحياة وغات سجلت معدلات منخفضة بشكل غير مقبول، حيث بلغت 9% و36% و24% على التوالي. ويعتبر القطاع الخاص المورد الرئيسي لخدمات تنظيم الأسرة. وعلى الرغم من أن تغطية الرعاية السابقة للولادة في ليبيا عالية، إلا أن توافر هذه الخدمة وجاهزيتها محدود على المستوى الوطني، حيث أن ما يقرب من 50% من البلديات لل تتوفر على مرفق يقدم خدمات الرعاية الأساسية السابقة للولادة، مما يشير إلى التوزيع غير العادل للخدمات (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

الجودة والسلامة

للجودة جانبان رئيسيان: الجودة الفنية، التي يتم تحديدها بشكل موضوعي نسبيا من قِبَل مقدمي الرعاية الصحية، والجودة المتصورة، والتي من الممكن أن تتغير وفقا لتوقعات المستخدمين. ولكن كمية الخدمات المقدمة تمثل أيضا جانبا هاما من جوانب جودة الرعاية الصحية.

ورغم أن أداء النظام الصحي الليبي يعتبر جيدا من حيث العدد، فإنه يعاني من بعض أوجه الضعف فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المقدمة في المرافق الصحية على جميع المستويات. وقد أبلغ تقرير

"سارا ليبيا" عن بعض القضايا الوثيقة الصلة بجودة الخدمات الصحية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017) مثل:

- وجود نقص على مستوى الموظفين المدربين تدريبا جيدا، والأطباء المتخصصين، والأدوية الأساسية، والمعدات، والاختبارات التشخيصية،
- لجوء العديد من المرضى إلى مناطق ومقاطعات أخرى سعيا وراء العلاج لأنهم غير قادرين على تلبية احتياجاتهم في مناطقهم ومقاطعاتهم،
- تسجيل بعض المقاطعات (درنة، وسرت، والجفارة) لمستويات منخفضة للغاية فيما يتعلق باستخدام خدمات المستشفيات والعيادات الخارجية، في حين سُجلت مستويات مرتفعة للغاية في مناطق أخرى (نالوت، والبنان، وجبل الأخضر)،
- تسجيل معدلات جاهزية منخفضة (48%) للمرافق الصحية بسبب محدودية توافر المبادئ التوجيهية (21%)، والموظفين المدربين (18%)، والخدمات التشخيصية (40%).

تعاني الرعاية الصحية الأولية، على مستوى الممارسة، من سوء الصيانة والإدارة. وتفيد التقارير أن جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية تقريبا كانت دون المستوى لسنوات قبل الثورة. الأمر الذي جعل عبء الرعاية الصحية الأولية يقع على كاهل مراكز الرعاية الصحية الثانوية والثالثة، المثقلة أصلا بالأعباء، والتي كثيرا ما تعاني من صيانة غير كافية (NATO, 2013).

تشكل السلامة تحديا رئيسيا بالنسبة للرعاية الصحية في ليبيا.فهناك انتشار كبير للإصابات المكتسبة في المستشفيات، تتجلى في التهابات الجروح ما بعد الجراحة، وتقارير تفيد بارتفاع مستويات السلالات المقاومة للأدوية المتعددة، ودور السعال الديكي في وفيات المواليد والبالغين في المستشفيات. كما أن هناك عددا من التحديات المتأصلة في تنفيذ قانون المسؤولية الطبية، ويجب أن تحظى بعض تفاصيل القانون بقبول واسع النطاق من جانب أصحاب المصلحة. وبالإضافة إلى ذلك، لا تجمع بانتظام بيانات عن فعالية الخدمات الصحية.

الوصول والتو افروالتغطية

تتمثل إحدى المؤشرات الوسيطة الأخرى التي تكتسي أهمية بالنسبة لأداء النظام الصحي في إمكانية الوصول، الذي يمكن تعريفه على أنه توافر مادي وفعال. فالتوافر المادي يبين كيفية توزيع موارد الرعاية الصحية (الأسرة أو الأطباء أو الممرضات) على المناطق أو المجموعات السكانية، في حين يرتبط التوافر الفعال بمدى سهولة حصول المواطنين على الخدمات الصحية. ومن شأن التكاليف، ووقت السفر، وضعف جودة الخدمة، وما إلى ذلك، أن تشكل الأسباب الرئيسية لضعف التوافر، وكل هذه الأسباب ترتبط بالتمويل والدفع وتنظيم النظام (Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2002).

أفاد تقرير "سارا ليبيا" بأن التوافر المادي، على أساس الأعداد الإجمالية، يتسم بأداء جيد في ليبيا. فعلى سبيل المثال، بلغت كثافة المرافق الصحية 2,8 مرافق لكل 10.000 من السكان، وهي أعلى من الهدف الدولي لمنظمة الصحة العالمية. ورغم ذلك، هناك أدلة على محدودية التوافر الفعلي،
إذ بلغت الكثافة الوظيفية لأسرة المرضى الداخليين في ليبيا 15 سريرا لكل 10.000 نسمة، وهي أقل بكثير من القيمة المستهدفة المتمثلة في 25 سريرا لكل 10.000 نسمة. وبالإضافة إلى ذلك، تتجمع مرافق الرعاية الصحية الأولية في معظم الأحيان في المناطق التي يتركز فيها عدد كبير من السكان، ولا يوجد في بعض مرافق الرعاية الصحية الأولية صيدليات. وتتوفر جميع المقاطعات على ما لا يقل عن خمسة مرافق تقدم خدمات التحصين، وتحظى بمستويات مخزون كافية. وفيما يتعلق بدرجات مؤشر الاستخدام حسب المناطق، فقد تراوحت ما بين 5% أو 6% في الجفارة ووادي الحياة و 89% في الواحات/أجدابيا.ولم يكن لدى بعض المقاطعات (غات، وسرت، والجفارة) ما يكفي من خدمات ومرافق التصوير التشخيصي أو المختبرات التي تعمل بشكل سليم. كما كان التوافر الإجمالي لحزمة كاملة من الأدوية الأساسية منخفضا في كل من المستشفيات (41%) وفي مرافق الرعاية الصحية الأولية (10%) والمخازن الطبية (13%) (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

يحق لجميع المواطنين الليبيين الاستفادة من الخدمات الصحية مجانا.ورغم ذلك، يدفع نقص التمويل في النظام الصحي وسوء جودة الخدمات الصحية المقدمة الناس إلى استخدام المرافق الصحية الخاصة والدفع من الأموال الخاصة مقابل الإمدادات الطبية التي يحتاجون إليها (29.7% عام 2013). وفي هذا الصدد، يمكن القول إن مستوى التغطية الفعالة للنظام الصحي منخفض في ليبيا.

3.2.3 تقييم الجوانب الرئيسية للنظام الصحي الليبي: لبنات البناء أو ضوابط التحكم

في ضوء الإطار الوارد في الشكل 6، يلتمس هذا الفرع أدلة على الأسباب الجذرية لضعف مؤشرات أداء النظم الصحية النهائية والمتوسطة استنادا إلى التقارير والمنشورات الوطنية والدولية السابقة.

الحوكمة والتشريع

كان للإطار السياسي المعقد في ليبيا تأثير سلبي على البنية الصحية من خلال خلق نظام صحي مجزأ (WHO_4, 2017). ويتعين تطوير قدرة وزارة الصحة الليبية على أداء وظيفة الإشراف الصحي على المستوى المركزي، في حين يتعين تحسين قدرتها على المستوى المحلي (WHO-ROEM, 2011).

ولا تزال ليبيا تكافح من أجل تحديد استراتيجيات قطاعية واضحة لكل من قطاعي الصحة والتعليم بسبب عملية إعادة الهيكلة التي تقرر اتخاذها عام 2006. بحيث تمثل الاتجاه العام في كلا القطاعين في زيادة حصة القطاع الخاص في توفير الرعاية الصحية والتعليم. وتهدف الحكومة إلى الحد من الأعداد المفرطة للعمالة في كلا القطاعين، في حين تعمل على زيادة أجور العمال وتحسين جودة الخدمات (EU, 2013).

لقد تأثرت خدمات الصحة العامة في ليبيا بشدة جراء الأزمة بسبب الأعمال القتالية المستمرة وإخفاقات الحوكمة.ففي المناطق المتأثرة بالصراع، شنت الجماعات المسلحة هجمات على المرافق الطبية وموظفيها، بما في ذلك التفجيرات بالقنابل، وسرقة المعدات الطبية، والاعتداءات على المهنيين الطبيين، والتدخل في الأعمال الطبية. وفضلا عن ذلك، فقد أدى نقص الإدارة العامة الفعالة إلى ضعف الخدمات المقدمة بسبب الافتقار إلى الموارد، والموظفين المؤهلين والمدربين، والمعدات، والإمدادات (OCHA, 2020).

وعلى الرغم من الرفاهية الجلية على مستوى الصحة العامة في ليبيا، فإن النظام الصحي الليبي نظام غير مستجيب وغير فعال ويفتقر إلى أهداف و/أو غايات محددة وقابلة للقياس وللتحقيق وواقعية وآنية. وتعزى معظم التحسينات التي حدثت على مدى العقود القليلة الماضية إلى الإجراءات العامة خارج قطاع الصحة وليس إلى رؤية واضحة من داخل النظام الصحي. وتشمل هذه التدابير العامة التعليم وخاصة لصالح النساء، وسياسات الدعم الغذائي، وزيادة القوة الشرائية (El Taguri & Nasef, 2008).

تمويل الصحة

بالرغم من أن الخدمات الصحية في المرافق الصحية العامة تقدم مجانا لجميع المواطنين، فإن التقديرات تشير إلى أن نحو 30% من الإنفاق على الصحة يرجع إلى نفقات مالية مدفوعة للرعاية الخاصة في البلاد أو في الخارج (WB, 2020).

تمتلك ليبيا موارد طبيعية جيدة لمتابعة التغطية الصحية الشاملة (UHC).ومع ذلك، فإن التخطيط غير السليم وإساءة استخدام الموارد القيمة حالت دون استفادتها من التحفيز العالمي نحو التغطية الصحية الشاملة. فعلى سبيل المثال، أطلقت الحكومة عام 2000 مشروعا كبيرا للامركزية، تضمن إلغاء العديد من الوزارات (بما في ذلك الصحة والتعليم) ونقل السلطات المهمة (مثل إدارة الموارد البشرية، والاستقلال المالي، والتخطيط) إلى السلطات الإقليمية. وصحبت الأعداد المفرطة للعمالة في القطاع العام سياسات غير فعالة لإدارة الموارد البشرية وضعف تخطيط القوى العاملة (على سبيل المثال، مزيج مهارات ضعيف المستوى). كما أدى انخفاض الرواتب وعدم وضوح هياكل المساءلة إلى انتشار ظاهرة الغياب عن العمل وعدم كفاءة استخدام الموارد البشرية (Saleh et al, 2014).

التنظيم وتقديم الخدمة

يبين بُعد التنظيم وتقديم الخدمات مدى كفاءة نظام صحي في تحقيق النتائج المرجوة من خلال توفير تدخلات صحية فعالة وآمنة وذات جودة لمن يحتاجون إليها، متى وحيثما دعت الحاجة إلى ذلك، بأقل قدر من إهدار الموارد. وقد يكون الاستخدام واحدا من أفضل المؤشرات التي تقدم أي دليل على مدى ملاءمة جانب التنظيم وتقديم الخدمات (WHO_1, 2007).

يشير تقرير "سارا ليبيا" إلى إمكانية وجود مشاكل خطيرة على مستوى تقديم الخدمات الصحية وتنظيم مرافق الرعاية الصحية في ليبيا. بحيث سجلت الاستفادة الإجمالية من جميع مرافق الرعاية الصحية نسبة منخفضة (36%) وبلغ مستواها في بعض المقاطعات (الجفارة ووادي الحياة) نسبة 5%. وهذا يعني أن نظم تقديم الخدمات الحالية لا تلبي احتياجات الناس في المكان والزمان المناسبين. ويمكن اعتبار كل هذه المسائل دليلا على وجود مشاكل تتعلق بالوصول والجودة والإنصاف في نظام اتقديم الخدمات في ليبيا. كما كشف التقرير أن درجة الجاهزية الإجمالية لمؤشر تقديم الخدمات التي تزودها مرافق الرعاية الصحية الأولية قد بلغت 20% في حين سجلت عند 54% بالنسبة للمستشفيات. والسبب الرئيسي وراء هذه الدرجات المنخفضة نسبيا يمكن أن يعزى إلى محدودية توافر المبادئ التوجيهية (40% للمستشفيات) والموظفين المدربين (35% للمستشفيات) (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

كشف تقرير "سارا ليبيا" عن إغلاق 17% من المستشفيات و20% من مراكز الرعاية الصحية الأولية (العيادات الشاملة والمراكز والوحدات الصحية). بالإضافة إلى أن مستوى توافر الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات ومدى جاهزيتها كان منخفضا بدرجة كبيرة.ويعزى عدم الجاهزية إلى النقص الحاد في الأدوية المنقذة للحياة، واللوازم والمعدات الطبية، فضلا عن النقص الحاد في الموارد البشرية، ولا سيما الأطباء والممرضات والقابلات والفنيون المتخصصون. وكان مجمل هذه النواقص حرجا على مستوى الرعاية الأولية. ونتيجة لهذا، كانت مستشفيات الإحالة والمستشفيات الجامعية (المستوى الثالث) مثقلة بأعباء المرضى الذين يعانون من أمراض شائعة ولم تتمكن من تلبية الطلب (WHO_4, 2017).

إن توافر الخدمات الوقائية والعلاجية للأطفال دون سن الخامسة محدود للغاية. ولا يستطيع أكثر من ثلث البلديات توفير الرعاية الصحية للأطفال المقيمين، وحتى في الحالات التي تقدم فيها مرافق الرعاية الصحية الأولية هذه الخدمات، فإن العرض محدود جدا. وهناك فجوات كبيرة في الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة والرعاية الأساسية لحديثي الولادة. والأسباب الرئيسية الثلاثة لعدم القدرة على الحصول على الرعاية الصحية عند الحاجة: (1) نقص على مستوى الموظفين الطبيين بشكل عام (43%)، و(2) نقص في الأموال أو عدم توفرها لدفع تكاليف الرعاية (37%)، و (3) نقص في الإمدادات الطبية (OCHA, 2020).

في حالات ما بعد الصراع، يحدث تدهور وضرر ملحوظين على مستوى نظام الرعاية الصحية. وقد شهدت ليبيا نزاعا مسلحا شديدا عام 2011 نجمت عنه أضرار جسيمة لحقت بالنظام الصحي. ومن بين 216 منشأة صحية، تعرض 62 (28.7%) منها لأضرار هيكلية.ومن بين المنشآت المتضررة، تم تدمير 11 (5.1%) بالكامل، كما تعرضت 51 (23.6%) لأضرار جزئية. ومثلت مراكز الرعاية الصحية الأولية

49 (22.7%) من المرافق المتضررة، تلتها مستشفيات الطوارئ والحوادث. كما تفاوت حجم الضرر من منطقة إلى أخرى وحتى فيما بين المقاطعات داخل المنطقة نفسها. وتعرضت وسائل النقل والاتصالات ونظم معلومات المرضى داخل النظام الصحي الليبي لعرقلة شديدة، لا سيما في الخدمات الأولية وخدمات الطوارئ. وقد اقترن ذلك بإلحاق أضرار مباشرة بالمباني والبنى التحتية (Daw, El-Bouzedi, & Dau, 2016).

القوى العاملة في مجال الصحة

يشكل تقييم الموارد البشرية وإنشاءها وإدارتها أولوية عليا بالنسبة لقطاع الصحة. ولا توجد خطط واضحة لمواءمة الاحتياجات مع عدد وفئات العاملين في قطاع الصحة في ليبيا. وتعتبر مسائل عدم وجود نظام للاعتماد، وضعف أواصر التعاون بين القطاعات، وعدم الترابط بين برامج التعليم الطبي المستمر والتنمية الوظيفية، وعدم كفاية التدريب الإداري، عوامل أخرى تعوق عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية (WHO-ROEM, 2011).

يشكل الوصول إلى المهنيين الصحيين الأساسيين عنصرا رئيسيا في عملية تقديم الخدمات الصحية. ويعتبر كل من النقص الحاد والتوزيع الجغرافي غير المتكافئ للعاملين في مجال الصحة مشكلتان شائعتان تؤديان إلى عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية أو عدم المساواة في الحصول عليها. وتقيس منظمة الصحة العالمية كثافة القوى العاملة في مجال الصحة الأساسية لتحديد ما إذا كان هناك نقص فيها في النظام الصحي للبلد. ولقد تم تعريف القوى العاملة الأساسية في مجال الصحة على أنها مجموع المهنيين الأساسيين في مجال الطب فقط: الأطباء، وأطقم العيادات من غير الأطباء، وموظفي العيادات، والممرضات، والقابلات.وقد أبلغ تقرير "سارا ليبيا" أن الكثافة الإجمالية للعاملين في مجال الصحة الأساسية في ليبيا تبلغ 76 لكل 10.000 نسمة، وهو ما يزيد على ثلاثة أضعاف الهدف المتمثل في 23 عاملا في مجال الصحة الأساسية لكل 10.000 نسمة، الذي يزيد بكثير عن العدد الموصى به والبالغ 45 عاملا في مجال الصحة الأساسية لكل 10.000 نسمة. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود نقص في العاملين في مجال الصحة الأساسية على المستوى الوطني (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

كشف تقرير "سارا ليبيا" عن وجود توزيع متفاوت للقوى العاملة في مجال الصحة في جميع المقاطعات.فعلى سبيل المثال، كانت كثافة القوى العاملة الصحية في سرت منخفضة نسبيا بالمقارنة مع المقاطعات الأخرى. وكانت مستويات الجاهزية في سبع مقاطعات أقل من 50%، وقد نوقش أن هذه الدرجات المنخفضة ترجع في المقام الأول إلى النقص على مستوى الموظفين المدربين والمبادئ التوجيهية الأساسية في المرافق الصحية. ومن بين 12 بلدية تنخرط في عملية تقديم الخدمات، حققت أوجالا فقط درجة جاهزية بنسبة 60% في حين كانت درجات الجاهزية الأخرى جميعها أقل من 40%، حيث

سجلت ثلاث بلديات (البوانيس ودرج ومردة) مستويات منخفضة تصل إلى 6%، وكلها أقل بكثير من المستوى المقبول والمتمثل في 80% (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

إن توافر قوى عاملة قادرة وكفؤة ومتحمسة أمر ضروري لنجاح هذه الإصلاحات. وبالتالي فإن تدريب وتنظيم المهنيين في مجال الصحة، بما في ذلك الأطباء والممرضات والصيادلة وأطباء الأسنان وغيرهم من المهنيين الملحقين، تعتبر كلها من بين أهم الأولويات على أجندة الإصلاح (Mahmud, Ali, Salhin, Mohamed, & Elkhammas, 2013).

المنتجات والتكنولوجيا الطبية

يكفل النظام الصحي الجيد الأداء الوصول العادل إلى المنتجات الطبية الأساسية واللقاحات والتقنيات المضمونة الجودة والسلامة والفعالية والتكلفة المناسبة، فضلا عن استخدامها السليم علميا والفعال من حيث التكلفة (WHO_1, 2007). وإن قطاع المستحضرات الصيدلانية الليبي هو في الغالب قطاع عام، حيث تهدف الحكومة إلى توفير الأدوية لجميع المواطنين. وهذه الرؤية متأصلة في توجه نظام الرعاية الصحية في البلد. ولم تحدد بوضوح المسؤوليات المؤسسية للشركاء المنخرطين في إدارة الأدوية واللوازم الطبية. وحتى وقت قريب، خصصت ميزانية لشراء الأدوية عن طريق الواردات بشكل أساسي. ومن التحديات الخطيرة القائمة في هذا السياق، يذكر كل من اختيار الأدوية وشرائها ومراقبةلجودتها وتنظيمها واستخدامها. وبسبب مشاكل إدارة الإمدادات وتنظيم المنتجات الطبية، كانت المخازن والمستشفيات المركزية تتوفر في بعض الأحيان على أدوية أكثر مما تحتاج إليه، ولكنها منتهية الصلاحية حيث هي قبل توريدها للمرافق الصحية المحيطة. وفي الواقع، صار التخلص من الأدوية المنتهية صلاحيتها مشكلة رئيسية. ولكن بفضل الإجراءات المتخذة حديثا، أصبحت إدارة الأدوية والمعدات الطبية تسير في الاتجاه الصحيح (WHO-ROEM, 2011).

دعا تقرير "سارا ليبيا" إلى اتخاذ إجراءات عاجلة لاستعادة حيوية إمدادات الأدوية الأساسية وتحسين توافر التشخيصات، لأنهما يمثلان المجالين حيث توجد الحاجة الماسة وأفضل الإمكانات لتحسين المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية. كما يشير التقرير إلى أن توافر معدات تقديم الخدمات جيد نسبيا في المستشفيات (80%) ومنخفض في مرافق الرعاية الصحية الأولية (46%). وتعاني المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية من نقص الأدوية الأساسية لمجال تقديم الخدمات، حيث بلغت معدلات الجاهزية حسب الميادين 62% و4% على التوالي (WHO, MoH of Libya & EU, 2017; WHO_3, 2018**)**.

يوجد في جميع المناطق في ليبيا مرفق واحد على الأقل يقدم خدمات التصوير المختبري والتشخيصي.ورغم ذلك، تستأثر منطقة نالوت بأعلى نسبة من المرافق التي تقدم خدمات التصوير إلى

السكان، فيما أدنى نسبة سجلت في مقاطعتي الجفارة وسرت. ولم يكن لدى مقاطعتي وادي أشاتي وغات سوى عدد قليل من المرافق الصحية المتاحة التي كانت معدلات جاهزيتها منخفضة، الأمر الذي قد يكون مؤشرا على محدودية تقديم الخدمات في هاتين المقاطعتين. ولم يكن في مقاطعتي وادي أشانتي ووادي الحياة مرافق للرعاية الصحية الأولية مع صيدليات المستوصفات. وكانت المستشفيات مع الصيدليات موجودة في 20 مقاطعة، ولكن وادي الحياة وغات لم تكن تتوفر على مستشفيات فعالة وظيفيا. وعلى الصعيد الوطني، كان هناك مرفق واحد على الأقل للصحة العامة يتوفر على صيدلية في جميع المناطق باستثناء وادي الحياة (WHO, MoH of Libya & EU, 2017; WHO_3, 2018).

لقد قدّر تقرير "سارا ليبيا" أن أعلى درجات مؤشر توافر الأدوية الأساسية كانت في المستشفيات (41%)، تلتها المستودعات (13%) وأدناها سجل في مرافق الرعاية الصحية الأولية (10%). وتشير الدرجات الإجمالية إلى نقص حاد في الأدوية. كما أن نسبة توفر الأدوية الأساسية للمستشفيات (20 دواء) بلغت 44%، في حين تشير نسبة توافر الأدوية العامة (41%) للمستشفى إلى توافر مجموعة متكونة من 122 دواء. أما بالنسبة لمرافق الرعاية الصحية الأولية، فقد بلغت نسبة توفر الأدوية الأساسية 16% (20 من الأدوية)، في حين بلغت نسبة توفر الأدوية العامة (111 دواء) 10%. ومن بين 101 بلدية، كان لدى 50 بلدية فقط مرافق للرعاية الصحية الأولية تتوفر على صيدليات داخلية لتوفير الأدوية الأساسية، في حين أن البلديات الـ51 المتبقية لم تكن تتوفر على خدمات الصيدلة العامة. ومن بين هذه البلديات الـ50، أبلغت ثماني بلديات عن عدم امتلاكها أية مخزونات متاحة على الإطلاق، في حين سجلت ثماني بلديات أخرى درجة أقل من 5% في مجال توفير الأدوية العامة (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

أظهر تقرير "سارا ليبيا" أيضا أن الفترة ما بين الطلب وتسليم المستحضرات الصيدلانية كانت أقل من أسبوعين بالنسبة لـ34% من مرافق الرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، ذكرت مرافق أخرى للرعاية الصحية الأولية اضطرارها للانتظار لأكثر من شهرين لإعادة ملء مخازنها بالمستحضرات الصيدلانية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

لقد تغيرت أيضا درجة توافر الأدوية حسب فئة العلاج. وبلغت النتيجة الإجمالية لتوافر الأدوية عبر ثماني فئات علاجية (السوائل الوريدية، والصحة العقلية، والأمهات وحديثي الولادة، والقلب والأوعية الدموية، والعوامل السارية/ المضادة للعدوى، والعامة، والجراحة، والسكري) 40%. وقد تبين أن السوائل الوريدية هي الأكثر توافرا (73%)، في حين سُجلت معدلات توافر الأدوية بالنسبة لفئات العلاج التالية: الصحة العقلية، والأمهات وحديثي الولادة، والقلب والأوعية الدموية، والعوامل السارية/ المضادة للعدوى، والعام، والجراحة، والسكري عند مستويات أقل من 50%. وأدنى الدرجات سجلت بالنسبة لأدوية الصحة العقلية، حيث بلغت 14%. وعرف توافر الدواء في المستشفيات مستويات

منخفضة باستمرار في جميع فئات العلاج، مما يشير إلى فشل عام في سلسلة الإمدادات الدوائية (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

يسلط بحث أجري مؤخرا حول النظام الصحي الليبي الضوء على القضايا التالية: لم يكن لدى ليبيا أي مخزون من أدوية فيروس نقص المناعة البشرية؛ وكانت أدوية السل متاحة لمدة 3 أشهر؛ والإنسولين لمدة تتراوح بين 3 و 5 أشهر؛ و20% فقط من إمدادات الأدوية المتخصصة لمرضى السرطان؛ وكان هناك نقص بنسبة 40% في الأدوية واللوازم المتعلقة بالعناية بمرضى الصدمات النفسية (Zarocostas, 2018).

نظام المعلومات الصحية

يشير نظام المعلومات إلى إنتاج وتحليل ونشر واستخدام معلومات موثوقة وآنية عن المحددات الصحية وأداء النظام الصحي والوضع في مجال الصحة لاتخاذ قرارات سليمة. ومن الممكن أن يساعد نظام المعلومات الصحية الذي يشتمل على عنصر قوي من عناصر الموارد البشرية في بناء قاعدة أدلة للتخطيط لتوافر العاملين اللازمين في مجال الصحة وإمكانية الحصول عليهم في المكان المناسب، وفي الوقت المناسب وبالجودة المرغوبة (WHO, MoH of Libya & EU, 2017; WHO_1, 2007).

لقد تم الإشادة بنظام المعلومات الصحية الذي يعمل على نحو سليم باعتباره حجر الأساس لأي نظام للرعاية الصحية يتسم بالفعالية والإنصاف. وللأسف، تتسم النظم الصحية في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بضعف الهياكل الأساسية للمعلومات الصحية، مما يقلل من قدرتها على التصدي للتحديات القائمة ورصد أداء النظام في الوقت المناسب. وهذا الموضوع شائع في أغلب البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، بما في ذلك العديد من بلدان العالم العربي (Saleh et al, 2014).

منذ اندلاع الصراع في ليبيا، ونظام المعلومات الصحية في البلد يعاني من نكسات في قدرته على تقديم تقارير روتينية، ويعزى ذلك جزئيا إلى حركة الموظفين والسكان، وجزئيا إلى عدم موثوقية نظم الاتصالات وعدم القدرة على الإشراف المنتظم. ولذلك سيكون من المفيد بلورة فهم أكثر شمولية لعمل نظم المعلومات الصحية القائمة في مرافق الصحة العامة. وقد أفاد تقرير "سارا ليبيا" أن الموظفين والهياكل الأساسية كافية لإعداد التقارير يدويا، ولكن الوصول إلى الحواسيب والإنترنت يقتصر على 36% من المستشفيات، وأن 28% فقط من المستشفيات تتوفر على حواسيب لحفظ السجلات. ولم تستخدم سوى 4 مستشفيات من أصل 80 التصنيف الدولي للأمراض-10 (ICD-10) في تقاريرها (WHO, MoH of Libya & EU, 2017).

ما قبل النزاع، كان 23 مركزا فرعيا مسؤولا عن جمع البيانات وتصنيفها ونقلها مركزيا إلى وزارة الصحة عن طريق الإبلاغ الإلكتروني. وعلى الرغم من وجود ثغرات كبيرة في جمع المعلومات ونقلها، فإن البيانات

المتعلقة بعبء الأمراض، واستخدام الخدمات، والنتائج كانت متاحة إلى حد ما. وكان المستوى المركزي مسخرا لاستخدام جميع البيانات الواردة لنشر تقرير سنوي. ولكن منذ عام 2013، لم يتم نشر أي تقرير من هذا القبيل بسبب بعض الصعوبات. ومن بين 1.656 مرفقا للرعاية الصحية الأولية، لم يبلغ عن البيانات سوى عدد محدود منها. وتشمل أسباب هذا النقص على مستوى التقارير كل من إغلاق بعض المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وإغلاق معظم المراكز الفرعية بسبب الافتقار إلى التدريب، وعدم توافر الموارد البشرية، ومحدودية الوصول إلى الإنترنت، واستخدام النسخ القديمة من أدوات وأشكال تسجيل البيانات (WHO_4, 2017).

من التحديات الأخرى التي تواجه نظام المعلومات الصحية الليبي عدم تدريب الخبراء في مكاتب الاستعلامات إعلام والمستشفيات وإدارات الصحة في المقاطعات. ونادرا ما تستخدم البيانات الموجودة في صنع القرار، لأن قدرات النظام الليبي ووزارة الصحة محدودة في هذا الصدد. ورغم أن منظمة الصحة العالمية قدما الدعم لوزارة الصحة في تعزيز نظام التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية الشامل، فإن الحاجة ما زالت قائمة لبناء القدرات (WHO_4, 2017).

تعتبر الخبرة المعلوماتية في مجال الرعاية الصحية غير كافية. والهياكل الأساسية للمعلومات والاتصالات السلكية واللاسلكية في مرافق الرعاية الصحية ضعيفة. وتفتقر معظم المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمدارس الطبية وغيرها من مرافق الرعاية الصحية إلى البنية الأساسية اللازمة للاستفادة من حلول الصحة الإلكترونية. فعلى سبيل المثال، سجلات ومعلومات المستشفيات والمرافق الصحية ليست محوسبة. ويلزم تحسين البيانات الإحصائية الحيوية، إذ أنه لا يتم الإبلاغ بوضوح عن أسباب الوفاة (WHO-ROEM, 2011).

السلوك

يشمل هذا تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج الرامية إلى تغيير السلوك الفردي من أجل تحسين أداء النظام الصحي. وهناك مجموعة متنوعة من النهج في مجالات المعلومات، والتعليم، والاتصالات، والتسويق الاجتماعي ذات الصلة (Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2002).

يعتقد بأن مرافق الرعاية الصحية العامة توفر خدمات صحية رديئة الجودة، ولا يستطيع الناس الحصول على أبسط الأدوية الأساسية في القطاع العام. وهذا الاعتقاد يدفع الناس إلى التماس العلاج في الخارج أو الاستفادة بشكل أكبر من خدمات مرافق الرعاية الصحية الخاصة. فمرافق الرعاية الصحية الخاصة في ليبيا تتمع بوضع أفضل على مستوى تقديم خدمات صحية جيدة وفعالة من خلال تقديم مجموعة واسعة من الخدمات بسبب سوء الإدارة وعدم كفاية معدات مرافق الرعاية الصحية العامة في ليبيا. ويزيد هذا من المدفوعات من الأموال الخاصة على الرعاية الصحية، كما يقلل من المساواة في الصحة، ويزيد في الوقت نفسه من الاعتماد على العلاج في الخارج.

4

بحث حول تحديد الأسباب الجذرية للمشاكل القائمة في النظام الصحي



على غرار ما ذكر عدة مرات، يهدف هذا التقرير إلى اقتراح مجموعة من الأفكار والأولويات الإصلاحية في قطاع الصحة. ويهدف إلى تطوير المزيد من مقترحات الإصلاح ذات الصلة من خلال الاستفادة من التجارب وأفضل الممارسات الدولية، ومن خلال إسناد مقترحات الإصلاح إلى المشاكل والعقبات القائمة في النظام الصحي الليبي. ولتحقيق هذه الأهداف، من الضروري الحصول على بيانات من أصحاب المصلحة الرئيسيين في النظام الصحي الليبي بشأن المشاكل والعقبات القائمة والحلول الممكنة. وتحقيقا لهذه الغاية، تم التخطيط لإجراء ثلاث دراسات مختلفة: بحث في الأدبيات، ومقابلات متعمقة، ومسح صحي.

4.1 منهجية البحث

يرد وصف منهجيات ثلاث دراسات مختلفة في إطار الفروع التالية:

4.1.1 البحث المكتبي

يتلخص الهدف من البحث في الأدبيات (البحث المكتبي) في تحديد أفضل الممارسات الدولية وتوثيق الدروس المستفادة من تجارب البلدان الأخرى. وقد تم إجراء بحث شامل في الادبيات باستخدام الكلمات الرئيسية التالية:"الإصلاحات الصحية، وتجربة الإصلاح الصحي، والنظم الصحية الناجحة، والدروس الجيدة المستفادة من تجارب الإصلاح الصحي، والإصلاحات الصحية في تركيا، وما إلى ذلك". وبُذلت جهود خاصة للحصول على تقارير ومنشورات عن الإصلاحات الصحية وتجارب الإصلاح الصحي في مختلف البلدان واستعراضها، وهي تقارير ومنشورات نشرتها منظمة الصحة العالمية والاتحاد الأوروبي والبنك الدولي ومنظمات دولية أخرى. كما تم استعراض ما مجموعه 23 تجربة قطرية في مجال الإصلاح الصحي لاستخلاص الدروس من أجل تحسين النظام الصحي الحالي في ليبيا. ويرد موجز للاستعراضات في الملحق 1.

4.1.2 المقابلات مع المجموعات المستهدفة

استُخدم نهج نوعي مصحوبا بمقابلات شبه منظمة لجمع آراء مقدمي المعلومات الرئيسيين. وترد في الملحق 5 الأسئلة ذات "الإجابات المفتوحة" التي استخدمت في المقابلات لتقييم النظام الصحي الليبي الحالي، بحيث أجريت هذه المقابلات على عينة ملائمة لجمع الآراء. وقد قام خبير ليبي متمرس يعمل في ليبيا بصفته مهنيا في مجال الصحة وصانع سياسات في وزارة الصحة بتحديد الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات في العينة. وقد تم اختيار الأشخاص ذوي الخبرة وأغنياء المعلومات من بين أولئك الذين يعملون إما على مستوى المرافق الصحية (العامة والخاصة) أو داخل وزارة الصحة. وأجريت المقابلات الإلكترونية بمشاركة خبراء استشاريين دوليين ومحليين في ديسمبر 2020 ويناير 2021. وطلب من الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات تقييم النظام الصحي الليبي على ستة جوانب رئيسية من النظم الصحية، هي: تقديم الخدمات، والتمويل، والموارد البشرية، ونظام المعلومات الصحية، والإمدادات الطبية، والريادة والحوكمة. كما طُرحت أسئلة إضافية وتوصياتها استنادا إلى مجال خبرة الشخص الذي أجريت معه المقابلات أو بعض المسائل التي أثيرت أثناء المقابلات.

لقد تم النظر في آراء المشاركين في اجتماع تقارع الأفكار الذي عقد في 10 نوفمبر 2020، واعتبر الاجتماع هذا جزءا من المقابلات مع مجموعات المناقشة في البحوث النوعية لهذا المشروع. وسُجلت آراء أربعة مشاركين دوليين وأربعة ليبيين في اجتماع تقارع الأفكار هذا، واستُخدمت هذه الآراء لوضع مقترحات مصاغة بشكل جيد وقابلة للتنفيذ لإصلاح الرعاية الصحية.

في نهاية المطاف، سُجلت آراء 25 شخصا غنيا بالمعلومات ممن أجريت معهم مقابلات على الصعيد الدولي والوطني بشأن النظام الصحي الليبي أو أفضل الممارسات الدولية، ثم نسخت وحُللت. واستخدم تحليل المحتوى التقليدي لترميز فئات يتم استخلاصها من ملفات الفيديو المسجلة والبيانات النصية. وتم تعيين ستة من اللبنات الإطارية لمنظمة الصحة العالمية أو ستة من أعمدة النظام الصحي كرموز رئيسية (أو مواضيع رئيسية)، كما تم إنشاء رموز فرعية تحت كل من اللبنات الست القائمة على أشرطة الفيديو والملفات النصية. وكان الغرض الرئيسي من التجميع والترميز هو تيسير تحليل البيانات.كما يتوخى من الرموز الفرعية بيان المشاكل والعقبات النسبية، فضلا عن الأسباب الجذرية للمشاكل الرئيسية التي لوحظت في اللبنات الست للنظام الصحي الليبي. وتمثلت وحدات التحليل في كلمات أو مفاهيم، ومواضيع، وأعداد المواضيع التي تصف نفس المفهوم أو المواضيع. وقد تم ترميز المشاركين عدديا، ولم يتم الإبلاغ خلال الاستنتاجات عن أي معلومات يمكن استخدامها لإظهار هوية مقدمي المعلومات الرئيسيين.

4.1.3 المسح الصحي

استهدفت الدراسة الاستقصائية الصحية جمع بيانات ومعلومات تجريبية عن النظام الصحي الوطني الليبي لفهم قدراته/قصوره بشكل أفضل فيما يتعلق بتلبية الطلب على الخدمات الصحية ومدى استجابته للتحديات الصحية في البلد. وتحقيقا لهذه الغاية، تم تصميم وإجراء مسح صحي بناء على عينة ملائمة من أصحاب المصلحة المعنيين الذين كانوا أساسا من مقدمي الرعاية الصحية في ليبيا، وممثلي الاتحادات والجمعيات والمنظمات غير الحكومية. واستنادا إلى استعراض شامل للأدبيات حول أدوات ونهج تقييم النظام الصحي، تم إعداد استبيان يتألف من 93 سؤالا (الملحق 4) يهدف إلى تقييم ستة جوانب رئيسية للنظام الصحي الليبي من حيث الجودة، وإمكانية الوصول، والإنصاف، والشفافية، والفساد، والقدرة على تحمل التكاليف، وما إلى ذلك. ولم تكن هناك محاولة للتحقق من صحته وموثوقيته لأن هذا الاستبيان وضع لتقييم النظام الصحي الحالي في ليبيا، ولم تُستمد أية أسئلة محددة من استبيان آخر. وقد سجل اتساق عالي فيما بين إجابات الجهات المجيبة. وبالإضافة إلى ذلك، تم جمع آراء المشاركين بشأن تجاربهم مع النظام الصحي الليبي ومشاكل وأولويات النظام الصحي في ليبيا. وأخيرا، تم تحليل آراء 83 مشاركا في العينة الملائمة للدراسة الاستقصائية الصحية باستخدام إحصاءات وصفية مثل توزيع التواتر والنسبة المئوية.

4.2 النتائج

يلخص هذا الفرع نتائج كل من البحث في الأدبيات، والبحث النوعي، والمسح الصحي الكمي.

4.2.1 الدروس المستفادة من الممارسات الدولية الفضلى في قطاع الصحة

من الواضح أن العديد من البلدان التي تقوم بإصلاح نظامها الصحي تبحث عن أفضل النهج. ومع ذلك، هناك نموذج وحيد يمكن تطبيقه على جميع البلدان لحل مشاكلها الصحية. كما أن الخصائص القطرية وتاريخ النظام الصحي والتقاليد وعوامل أخرى كثيرة تلعب دورا حيويا في تحديد نجاح الإصلاحات المقترحة. وفي هذا الصدد، تعتبر بعض البلدان على أنها نجحت في تحويل نظامها للرعاية الصحية بأكمله مثل تركيا، أو في حل مشاكل الإنصاف أو الوصول أو الكفاءة عن طريق تنفيذ أساليب جديدة مثل إيطاليا وإيرلندا وما إلى ذلك (Gottret, Schieber, & Waters, 2008).

إن الثروة وحدها لا تضمن النجاح. فالأنظمة الصحية في الولايات المتحدة وكندا تنفق حصة أكبر من ناتجها المحلي الإجمالي، ولكنها تحتل مرتبة منخفضة للغاية في تقرير منظمة الصحة العالمية ومؤشر المستهلك الصحي في أوروبا، على التوالي (El Taguri & Nasef, 2008). وهناك العديد من الدراسات التي تقارن النظم الصحية في جميع أنحاء العالم، سواء بالنسبة للبلدان المتقدمة النمو أو البلدان النامية. ويرجع السبب وراء الاهتمام المتزايد بهذه الدراسات إلى حقيقة مفادها أنه من شأن الإصلاحات

والخبرات التي اكتسبتها بلدان أخرى أن تشكل مستودعا للسياسات المبتكرة الخاصة بالأنظمة الصحية في بلدان أخرى (Okma et al, 2018).

ذكر غوتريت وآخرون (2008) أن تقييم الأداء الجيد واختيار دراسات الحالات القطرية يمكن تصنيفهما في مجموعتين، حسب ترتيب الأهمية. تشمل المعايير الواردة في المجموعة الأولى ما يلي:(أ) التحسينات في تغطية الرعاية الصحية، و (ب) قابلية التطبيق والأهمية بالنسبة للبلدان الأخرى ذات الدخل المنخفض والمتوسط، و (ج) المبادرات الواسعة النطاق، و (د) توافر المعلومات والبيانات. وتشمل المعايير الواردة في المجموعة الثانية ما يلي: (أ) المؤشرات والنتائج الصحية، (ب) العلاقة بين النفقات والنتائج. وخلص المؤلفان إلى أن تحقيق النتائج الصحية المرجوة (متوسط العمر المتوقع، ومعدل وفيات الرضع، ومعدل الوفيات النفاسية) عن طريق استخدام الموارد الصحية بمزيد من الكفاءة وحماية المواطنين من الإنفاق الصحي الكارثي (التي تُقاس بالدرجة الأولى عن طريق المدفوعات من الأموال الخاصة) ساهم في تحديد نجاح الإصلاحات الصحية المقترحة، واختيرت البلدان التي يمكن اعتبارها تتوفر وتنفذ إصلاحات ناجحة كدراسات حالة لاستخلاص الدروس من أجل البلدان الأخرى التي تحتاج إلى إصلاح النظام الصحي.واستنادا إلى هذه المعايير، اعتبرت مجموعة غير متجانسة إلى حد ما من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والعالي (تشيلي وكولومبيا وكوستاريكا وإستونيا وجمهورية قيرغيزستان وسريلانكا وتايلاند وتونس وفيتنام) ناجحة. وقد حققت نتائج صحية ملحوظة من حيث النفقات على الصحة ومدخلاتها الصحية من حيث عدد الأسرّة في المستشفيات وعدد الأطباء لكل 1.000 نسمة. وكل هذه البلدان تبرز قدرتها على جمع العائدات، ونموذج تمويلها المختلط بين القطاعين العام والخاص، وحمايتها المالية بالمقارنة مع المتوسط العالمي.

شارك برايثوايت وآخرون قصص نجاح من 60 بلد في جميع أنحاء العالم.وعلى الرغم من القيود التي تواجه الجهات المعنية بالإصلاح الصحي في كل مكان، فقد كان بإمكان كل بلد مشاركة قصة نجاح . بتحديد كيفية إدارة حالتهم، والخدمات التي تأثرت وفي نهاية المطاف، تحديد الطريقة التي استفاد بها المرضى أو الموظفين أو النظام ككل. ولقد أخذ المؤلفان بعين الاعتبار مجموعة كبيرة من الإصلاحات التي تغطي السياسات، وتغطية الرعاية، والحوكمة؛ والجودة والمعايير والاعتماد والتنظيم؛ وتنظيم الرعاية؛ والسلامة والتوظيف والموارد؛ والتكنولوجيا وتكنولوجيا المعلومات؛ والسبل العملية التي يتبناها أصحاب المصلحة لتكوين علاقات تعاون وشراكات من أجل تحقيق الأهداف المشتركة. وخلصا إلى أن العوامل المشتركة المرتبطة بالنجاح تشمل مبدأ "من بلوط إلى سنديان" (يمكن لمبادرة صغيرة النطاق أن تؤدي إلى إصلاحات على صعيد المنظومة)؛ ومبدأ "من البيانات إلى المعلومات إلى الاستخبارات" (دور تكنولوجيا المعلومات والبيانات يزداد أهمية في توفير الرعاية الفعالة والمناسبة، ولكن يجب تحويله إلى استخبارات مفيدة)؛ ومبدأ "الأيدي المتعددة" (العمل التعاوني بين أصحاب

المصلحة أساسي)؛ ومبدأ "المريض كطرف فاعل بارز" (وضع المرضى في مركز تصميم الإصلاح أمر حاسم للنجاح) (Braithwaite et al, 2017).

تواجه البلدان المتقدمة بوجه خاص مشاكل مختلفة في نظمها للرعاية الصحية عن البلدان النامية أو الأقل نموا، ويرجع ذلك أساسا إلى شيخوخة سكانها. وهي تبذل جهودا كبيرة للجمع بين الخدمات الصحية والاجتماعية وتخفيف عبء الرعاية الاجتماعية لسنوات. كما تعتمد مجموعة متنوعة من النهج لتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية. والشيء المشترك بينها جميعا هو كونها أصلحت مؤخرا نظمها الصحية أو للرعاية الاجتماعية، أو أنها بصدد القيام بذلك. ولكن من الواضح أن الاختلافات في التاريخ والسياق تجعل من الصعب للغاية نقل الدروس من بلدان أخرى (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

السؤال المهم الذي يجب طرحه هنا هو "ماذا فعلت هذه البلدان لإصلاح نظمها للرعاية الصحية؟". ووفقا لغوتريت وآخرون (2008)، يتشاطر العديد من البلدان تجربة مشتركة: فقد اعترفت بالمدة الزمنية الطويلة التي يستغرقها توسيع نطاق تغطية الرعاية الصحية والتزمت بذلك. وقد عُزز نجاحها بالاستقرار السياسي والنمو الاقتصادي وحضي بدعم التخطيط السليم والتعزيز المؤسسي والاستثمارات المالية في الموارد البشرية والهياكل الأساسية المادية ونظم المعلومات. وتعتمد المسارات المختلفة التي تتخذها البلدان اعتمادا كبيرا على العوامل التاريخية، فضلا عن الاقتصاد السياسي والترتيبات المؤسسية في فرادى البلدان.وهنا، يفرض سؤال رئيسي نفسه، مفاده "بما أن النظم الصحية والإصلاحات الصحية تتعلق ببلد بعينه، فهل يمكن إيجاد مجموعة مشتركة من الشروط التمكينية في البلدان الناجحة، أم أن التعميمات مستحيلة ؟". ولعله من الواضح أن التغييرات الهامة في التغطية ينبغي أن تقترن بإصلاحات جدية في نظم التنفيذ. فقد كان تسلسل التغييرات في نظام التنفيذ مع الإصلاحات المالية يشكل عنصرا هاما في جميع الإصلاحات. كما أن الجهود المبذولة في إطار الهياكل الأساسية المادية والموارد البشرية من أجل الصحة تسير جنبا إلى جنب، بحيث نفذ عدد من البلدان، وربما أبرزها تايلند، سياسات متطورة فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية لصالح موظفي المناطق الريفية.كما شكل كل من تنفيذ تقنيات الشراء الحديثة، ونظم الدفع لمقدّمي الخدمات، وآليات تقاسم المخاطر عنصرا هاما في جميع الإصلاحات. وقد ازدادت الموارد المالية المخصصة للصحة في هذه البلدان، ولكن معظمها حال دون تصاعد التكاليف من خلال المدفوعات المحتملة وغيرها من نُهج تقاسم المخاطر في جانب العرض. كما خضعت المستحضرات الصيدلانية للإصلاح، نظرا لحصتها المرتفعة من إجمالي الإنفاق على الصحة والإنفاق من الأموال الخاصة، من حيث قوائم الأدوية الأساسية، والأسعار، وأنماط الممارسة (وخاصة في الاتحاد السوفييتي السابق) (Gottret, Schieber, & Waters, 2008).

عادة ما يتم قبول التغطية الصحية الشاملة كهدف نهائي للعديد من النظم الصحية في جميع أنحاء العالم. وذلك لأنه يحمي الناس من العديد من المخاطر الصحية وكذلك من العبء المالي للمرض. ومن المهم تبادل ونشر تجارب البلدان التي حققت هذا الهدف النهائي للإسهام في الجهود العالمية لتبادل الدروس التي من شأنها أن تفيد في معالجة شواغل السياسات المتعلقة بوضع وتنفيذ استراتيجيات إصلاح جذرية. وفي هذا الصدد، تعتبر فييتنام إحدى هذه البلدان التي غيرت تجربتها نظامها الصحي بإدخال إصلاحات في مجالي التمويل وتقديم الخدمات طوال العقدين الماضيين. وتظهر بلدان متنوعة مثل البرازيل وفرنسا واليابان وتايلاند وتركيا، التي حققت تغطية صحية شاملة، الطريقة التي يمكن لبرامج الرعاية الصحية الشاملة من خلالها أن تعمل كآليات حيوية لتحسين صحة ورفاه مواطنيها، وأن تضع الأساس للنمو الاقتصادي والقدرة التنافسية المستندة إلى مبدأي الإنصاف والاستدامة. ولكن البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى تواجه قيودا متعددة تحول دون توسيع نطاق التغطية الصحية، مثل محدودية الموارد المالية من مصادر عامة وخاصة، أو انخفاض جودة الرعاية وإنتاجية الخدمات (Barroy, Jarawan, & Bales, 2014).

استخدم دومينيس وآخرون (2018) إطار ضوابط التحكم الخمسة لتتبع جهود الإصلاحات في خمسة بلدان. ثم أبلغوا أن الإصلاحات الكبرى التي اختارتها بلدان آسيا الوسطى ركزت على ثلاثة من ضوابط التحكم الخمسة (التمويل، والتنظيم، والسلوك). وفي سياق تمويل الصحة، فإن أي عمل يتعلق بمجموعات الاستحقاقات يتجاوز تقدير التكاليف والتمويل ويتطلب إدماج الإصلاحات في ضوابط التحكم الأخرى فضلا عن آليات تقديم الخدمات واستخدام الأدلة والمعلومات. ومن الخطوات الأولية الرئيسية الأخرى إدخال مجموعات ذات صلة بالتشخيص لتحسين كفاءة المستشفيات. فقد بدأ استخدام المجموعات المتصلة بالتشخيص في تيسير نقل المستشفيات إلى مراكز رعاية أولية أقل تكلفة، وهو الامر الذي عجل بالحاجة إلى زيادة القدرة السريرية في مجال الرعاية الأولية.وبالنظر إلى دور الرعاية الصحية الأولية في تحفيز الإصلاحات، لاحظ العديد من الخبراء الذين شاركوا في المجموعة المستهدفة الافتراضية وجود صلة هامة بين تعزيز النظام والنتائج. والواقع أن تعزيز النظام الصحي يتطلب تحسين عملية تقديم الخدمات لتحقيق النجاح، وعلى العكس من ذلك، يحتاج تحسين عملية تقديم الخدمات إلى تعزيز النظام الصحي لكي يكون مستداما. كما أدى التحول إلى الرعاية الصحية الأولية إلى تحسينات أخرى في تقديم الخدمات، بما في ذلك إدخال الطب القائم على الأدلة، وتطوير آليات تحسين الجودة، وتكامل الأنظمة والبرامج الرأسية، وتوسيع الخدمات لتشمل السكان والمجتمعات المحلية (Dominis, Yazbeck, & Hartel, 2018).

على الرغم من أن بعض الجهود تبذل لإدماج الرعاية الأولية والرعاية في المستشفيات على مستوى آسيا، فإن تقديم الرعاية عموما لا يزال مجزأ ومتنوعا من حيث تقاسم وتوافر السجلات الطبية الإلكترونية، وسجلات المرضى، وتمكين مقدمي الرعاية الصحية الأولية لمعالجة الأمراض المزمنة.

ويتطلب قطاع الرعاية الأولية مبادرات أقوى وأكثر فعالية تستهدف أمراض محددة، وخاصة الحالات المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم والاكتئاب والخرف. ويمكن تحقيق ذلك من خلال الرعاية المتكاملة - نموذج صحي للرعاية يشمل تقديم الرعاية التعاونية. وللتنفيذ الناجح لسياسة الرعاية المتكاملة، لابد وأن يكون لدى أصحاب المصلحة الرئيسيين فهم شامل للمرضى المعرضين لخطر شديد من بين السكان والموارد اللازمة لمعالجة التغيرات الديمغرافية الوشيكة في عدد السكان بسبب الزيادة السريعة للغاية في معدل الشيخوخة السكانية في آسيا (Tham et al, 2018).

للتعلم من بلدان أخرى، قد يكون من الأهمية بمكان النظر في بعض العوامل التي تشكل أنظمة البلدان. وهذه العوامل هي الأفكار (أو القيم)، والمصالح والمؤسسات. فالأفكار (أو القيم) تعتبر ذات أهمية،ومن بين القيم الرئيسية الثلاث، تشير الأولى المتمثلة في الجماعية الهرمية، إلى التقاليد الجماعية لشمال غرب أوروبا، ذات السياسة الاجتماعية القائمة على التضامن والمساواة. والثانية، الفردية التنافسية تفترض أن تخصيص السلع والخدمات يستند إلى الطلب الفردي والموردين المتنافسين، مع وجود دور محدود للدولة (غالبا ما ينظر إليه على أنه من خصائص الولايات المتحدة والمملكة المتحدة). والثالثة، التوجه الطائفي الذي يتسم بالانقسام إلى مجموعات تتمتع بتفضيلات أيديولوجية قوية، مثل الطوائف الدينية (تتمتع الولايات المتحدة أيضا بتقاليد طائفية قوية إلى حد ما). ومن الممكن أيضا التمييز بين التدابير (شبه) التعاونية (ألمانيا وهولندا على سبيل المثال)، (شبه) التعددية (الولايات المتحدة والمملكة المتحدة على سبيل المثال)، والاستبعادية (مثل الديكتاتورية العسكرية في تشيلي). وفي هذه الأخيرة، تستبعد الحكومات القوية مجموعات معينة من عملية صنع القرار (Okma et al, 2018).

شاركت دراسة أخرى تجارب إصلاح التغطية الصحية الشاملة في 11 بلدا وقدمت بعض الرسائل الرئيسية إلى بلدان أخرى في جميع مراحل الرعاية الصحية الشاملة. وتهدف بعض البلدان إلى تحقيق نظام التأمين الموحد من خلال نظم التأمين الوطنية التي تشتري الخدمات من مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص، في حين عملت بلدان أخرى، مثل بنغلاديش والبرازيل وإثيوبيا، على توفير فرص أكبر للحصول على الخدمات من خلال نظام تقديم الخدمات العام. ورغم أن النظام الصحي في كل بلد له تاريخه الخاص ويواجه مجموعة من التحديات الخاصة به، فإن تجارب كل بلد تقدم صور عامة قيمة لبعض التحديات والفرص المشتركة القائمة (Maeda et al, 2014).

يتم تعريف النجاح في المقام الأول من خلال ارتفاع متوسط العمر المتوقع، وانخفاض الإنفاق على الرعاية الصحية، وتغطية غالبية السكان ضد المخاطر المالية الناجمة عن الأمراض والعجز (Gottret, Schieber, & Waters, 2008). ومن الواضح أن بعض البلدان تستأثر عن جد بمتوسط عمر متوقع مرتفع، وتغطية التأمين الصحي وانخفاض المدفوعات من الأموال الخاصة عن طريق إنفاق أموال أكثر على نظمها الصحية، كما هو الحال في عدد من البلدان المتقدمة، في حين أن العديد من البلدان النامية أو البلدان المتخلفة تستأُثر بمعدلات أعلى من حيث العمر المتوقع وتغطية التأمين الصحي، ومدفوعات

أعلى من الأموال الخاصة من خلال إنفاق أموال أقل على نظمها الصحية. ولهذا السبب، من الضروري دراسة الإصلاحات التي تمكن هذه البلدان من تغيير نظمها الصحية بنجاح. فلا توجد وجهة نظر أو معايير واحدة للحكم على ما إذا كان بلد ما قد نجح في تطوير إصلاحات أفضل وقابلة للتنفيذ في مجال الرعاية الصحية، وقد يتوقف النجاح على شدة أو تغير المشاكل التي شهدها النظام الصحي للبلد وواجهها. وفي هذا الصدد، يعرض الملحق 2 البلدان ومقترحاتها المتعلقة بإصلاح النظام الصحي التي نُفذت بنجاح.

كما هو مبين في الملحق 3، تمكنت جميع البلدان الناجحة المختارة تقريبا من تغيير نظمها السابقة للتمويل الصحي من أجل حماية غالبية مواطنيها من الآثار السلبية للأمراض والإعاقة عن طريق إقرار التغطية الصحية الشاملة الإلزامية أو القانونية. وعلى غرار ما يُظهره استعراض أفضل الأدلة من البلدان الناجحة، لا يوجد معيار ذهبي لإصلاح القطاع الصحي في أي بلد، ويبدو من غير المنطقي نسخ نظام في بلد معين لإنجاح النظام الصحي في بلد آخر. فهناك بعض البلدان التي تعتبر ناجحة في تقديم الخدمات الصحية حتى لو كانت الجهة الوحيدة التي تقدم الخدمات الصحية هي القطاع العام أو الدولة، مثل سريلانكا، بينما تعتبر بلدان أخرى ناجحة في تقديم الخدمات الصحية مع زيادة استخدام القطاع الخاص، كما هو الحال في العديد من البلدان الأوروبية واليابان.وقد نجحت بعض البلدان في إسناد المسؤولية عن تمويل الخدمات الصحية وتقديمها إلى نفس السلطة (عادة ما تكون وزارة الصحة)، مثل فييتنام وكوستاريكا، بينما فصل آخرون بين وظيفتي الشراء وتقديم الخدمات بإدخال صندوق مستقل للتأمين الصحي وشراء الخدمات الصحية من مقدمي الخدمات العامة والخاصة، كما هو الحال في العديد من البلدان الأوروبية، بما في ذلك تركيا. وقد نجحت بعض البلدان في تنظيم خدمات الرعاية الصحية بطريقة مركزية، مثل المملكة المتحدة وتركيا، بينما نجحت بلدان أخرى في تحقيق اللامركزية في خدمات الرعاية الصحية عن طريق نقل مسؤوليات كثيرة إلى السلطات الإقليمية، مثل إيطاليا ونيوزيلندا وأيرلندا. وفي حين نجحت بعض البلدان في الحد من دور السلطات المحلية في إطار توفير وتمويل الخدمات الصحية، مثل تركيا، نجحت بلدان أخرى في زيادة دور السلطات المحلية في توفير وإدارة وتمويل الخدمات الصحية، مثل السويد.وتشير كل هذه الأدلة إلى أن ليبيا تحتاج إلى تحديد توجهاتها الخاصة وإصلاحات نظامها الصحي من خلال النظر في تاريخها، ونظامها الصحي السابق وتجاربها الإصلاحية، وقدرتها الذاتية، والعوامل الديمغرافية والقطرية، والأخذ بعين الاعتبار تجارب البلدان الأخرى. وإن إصلاح القطاع الصحي في ليبيا قد يكون تطوريا أو ثوريا حسب شدة وتقلب مشاكل الصحة والإدارة العامة في البلاد. ولكن كما نوقش في القسم الخاص بنتائج البحوث النوعية، هناك العديد من القضايا الخطيرة المتعلقة بالصحة والإدارة العامة التي ينبغي النظر فيها في إصلاح النظام الصحي وتغييره في ليبيا، وهذه القضايا قد تؤدي بليبيا إلى قبول الإصلاحات الثورية.

4.2.2 نتائج البحث النوعي

لقد تم الإبلاغ عن النتائج المتعلقة بآراء مقدمي المعلومات الرئيسيين في إطار المكونات الستة للنظام الصحي الليبي وتوصياتها بوصفها عناوين فرعية منفصلة. وذكر مقدمو المعلومات الرئيسيون المشاكل والعقبات الأكثر صلة بالموضوع وكرروها في بعض الأحيان. وكما هو مبين في الجدول 21، ذكر 21 من مقدمي المعلومات الرئيسيين الليبيين 641 بندا خلال المقابلات التي أجريت على الإنترنت واجتماع تقارع الأفكار في مجال الصحة.وقدم المستجوبون 179 توصية تتعلق بمختلف جوانب النظام الصحي في ليبيا. وبالإضافة إلى ذلك، تعلقت أكثر المشاكل أو العقبات المعلنة بـ"التنظيم وتقديم الخدمات" و "القوى العاملة في مجال الصحة" و "الحوكمة والريادة". وتشير هذه النتائج ببساطة إلى أن معظم المشاكل القائمة في النظام الصحي في ليبيا لوحظت على مستوى تقديم الخدمات الصحية، والقوى العاملة في مجال الصحة، وحوكمة النظام الصحي وريادته. ولكن هذا لا يعني أن المشاكل المتعلقة بجوانب أخرى من النظام الصحي أقل خطورة أو أهمية.

الجدول 21. توزيع البيانات حسب ستة لبنات بناء مشفرة كرموز أصلية

ستة لبنات بناء	العناصر	النسبة المئوية
	641	**100.0**
الحوكمة والريادة	94	14.7
تمويل الصحة	32	5.0
التنظيم وتقديم الخدمة	124	19.3
القوى العاملة في مجال الصحة	115	17.9
المنتجات والتكنولوجيا الطبية	73	11.4
نظام المعلومات الصحية	24	3.7
توصيات من أجل مقترحات الإصلاح	179	27.9

الحوكمة والريادة

ينطوي جانب الحوكمة والريادة على وضع أطر استراتيجية للسياسات لتمكين النظام الصحي ككل من العمل بفعالية وكفاءة ومسؤولية من خلال اتخاذ القرارات بطريقة سليمة وشفافة وخاضعة للمساءلة. وقد صنفت آراء مقدمي المعلومات الرئيسيين بشأن جوانب الحوكمة والريادة في 13 مجموعة. ورغم أن بعض هذه الفئات، مثل الرؤية الاستراتيجية أو التخطيط أو التنظيم، يمكن تجميعها في فئة واحدة، فقد فُضل الإبلاغ عن هذه الفئات منفصلة لوصف الشواغل بمزيد من التفصيل أو لوصف النظام الصحي ككل بشكل أفضل.

كما ورد في الجدول 22 يعد الفساد أكثر المسائل التي تم تحديدها في 8 وثائق نصية عندما طُلب من مقدمي المعلومات الرئيسيين وصف كيفية حوكمة النظام الصحي في ليبيا وإدارته وتنظيمه أو وصف المشاكل والعقبات الأكثر صلة بالموضوع. وشكلت الريادة والدعم، والحوكمة، والرؤية الاستراتيجية المسائل الأخرى التي جرى الإبلاغ عنها بشكل متكرر في إطار جانب الحوكمة والريادة.

الجدول 22. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية

الحوكمة والريادة	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	94	**100.0**	**21**
الفساد	20	21.3	8
الريادة والدعم	18	19.2	8
الحوكمة	10	10.6	6
الرؤية الاستراتيجية	9	9.6	7
اللامركزية	8	8.5	4
التخطيط	7	7.5	4
عدم الاستقرار السياسي والاستدامة	7	7.5	4
دور الحكومة	4	4.3	4
التنسيق	4	4.3	3
التسيير والإدارة	3	3.2	3
المساءلة	2	1.2	2
الاقتصاد	1	1.1	1
التشريع	1	1.1	1
الوثائق مع الرموز	-	-	14
الوثائق بدون رموز	-	-	10
وثائق تم تحليلها	-	-	24

تم الإبلاغ عن الفساد باعتباره أحد أهم المشاكل القائمة في النظام الصحي الليبي. إذ ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين الفساد في الجوانب المتعلقة بالإمدادات الطبية والقوى العاملة في قطاع الصحة، وهم يعتقدون أن السبب الرئيسي للفساد مرتبط بالحوكمة والريادة داخل النظام الصحي بشكل عام. وباستخدام عبارات مقدمي المعلومات الرئيسيين، تم تعريف قضية الفساد على النحو التالي:

"…. يواجه النظام الصحي الليبي الكثير من المشاكل منذ سنوات. وجزء من هذه المشاكل لا يتعلق فقط بوزارة الصحة، بل بالدولة ككل. فهناك الكثير من الفساد والصراع ونقص التثقيف الصحي ومشاكل أخرى [10]. …. تهتم وزارة الصحة بما يخدم مصالحها الخاصة، فهي أنانية، وتعمل بالعمولات مع الكثير من الفساد. تتوفر على آلات جديدة، لكنها لا تعمل بشكل جيد. وفي المنطقة الجنوبية، قيل لي إن هناك سبع أجهزة للتصوير المقطعي المحوسب، لكن جهاز واحد فقط يعمل بشكل جيد. لأنه لا توجد موارد بشرية لتشغيلها. وهناك الكثير من الفساد [1]. .... هناك نقص في التخطيط المركزي. ولا يوجد تخطيط جيد. الأمور تتسم بالفساد [2]. "

وقد تم طرح أسئلة بخصوص الريادة والدعم في إطار إصلاحات الرعاية الصحية السابقة في المقابلات. فأنشطة الإصلاح الصحي السابقة لم تكن كما هو متوقع. واستنادا إلى وجهات نظر مقدمي المعلومات الرئيسيين، يمكن استنتاج أن مقترحات الإصلاح الصحي فشلت بسبب نقص الدعم لمقترحات الإصلاح أو الطريقة التي تم بها اختيار القادة أو المديرين أو الأشخاص المسؤولين عن إجراء التغييرات. وعند سؤالهم عن أسباب فشل محاولات تغيير النظام الصحي، أوضح مقدمي المعلومات الرئيسيين المسألة بهذه الكلمات:

.... كنا وحكومتنا في فترة انتقالية وكان لدينا القليل من الموارد المالية. ولم نكن نتوفر على فرص للحصول على أموال إضافية. ولكن أعتقد أن الوضع صار أسوء، بحيث كنا نعاني من نقص في الدعم من الإدارة العليا. .... عندما حاول أحد أقربائهم أو أصدقائهم المقربين إبرام عقد مع وزارة الصحة، ولكونهم فاسدون على حد سواء، فقد خططوا لشراء أدوية مزيفة في ليبيا، وتم رفض هذا الطلب. ولسوء الحظ، كان رئيس الدائرة المعنية وراء ذلك. لأن صديقه، الشاب قام بتأمين الأدوية. وكان رئيس الوزراء وبرلمانيون آخرون غير راضين للغاية. إذ أنه تم شراء الأدوية بدون موافقة الوزير. ولم نحصل على الدعم. بل حصلنا على عكس ذلك تماما [3]. تعد الريادة عنصرا مهما. ويجب أن يتمتع القادة بحنكة عالية. كما يجب تأكيد القيادة لحضورها قائلة: هذه استراتيجيتي. فعندما تتوفر لديك استراتيجية،

من السهل إجراء التحسينات. وهذا كله يتطلب الريادة. فسبب فشل القادة في ليبيا يتمثل في أنهم لم يأخذوا الوقت الكافي لوضع الاستراتيجيات والتخطيط. وهم لا يقدمون الدعم الكافي وما يستلزمه الأمر. لهذا فشلوا [5]. كما أن اختيار القادة أو المديرين يتم على أساس العلاقات والقبائل والانتماءات في بعض الأحيان [21]. مما يعزي مشكلة الريادة إلى معايير الاختيار غير الملائمة [18]"

تعتبر القضايا المتعلقة بالحوكمة والرؤية الاستراتيجية من بين أكثر العوامل التي يتم ذكرها بشكل متكرر والتي تؤثر على حوكمة النظام الصحي وريادته. فقد حدد بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين القدرة على الريادة والتدريب كأسباب رئيسية لسوء الإدارة وضعف الرؤية الإستراتيجية. وعن لسانهم، تم وصف هذه الجوانب على النحو التالي:

"يعاني النظام الصحي في ليبيا من ضعف إمكانيات التدريب على الإدارة والحوكمة الرشيدة. فالنظام يعاني من الاختلال [14]. وأعتقد أن الإصلاحات الصحية يجب أن تبدأ بالحوكمة. لأنه يجب أن تكون هناك حوكمة رشيدة. فنحن بحاجة إلى شفافية أكثر على مستوى الإنفاق في قطاع الصحة. كما نحتاج إلى توفير شرح مفصل لما تم إنفاقه لإقناع الناس. ونحن بحاجة إلى القضاء على فكرة الفساد وإزالتها من أذهانهم حتى لا تكون حاضرة عندما يفكرون في قطاع الصحة. فالصحة قطاع ذو أولوية، ولقد أصبح أكثر أهمية، خاصة بعد تفشي أزمة كوفيد-19. وإننا نتلقى آراء مختلفة في هذا الصدد، حتى من وزارة الصحة نفسها. وما زلنا نفتقر إلى استراتيجية أو رؤية يمكن أن تحسن من فعالية النظام الصحي في ليبيا. ويمكنني أن أؤكد لكم أنه إذا كانت لدينا رؤية واضحة، أو خطة أو خارطة طريق واضحة لتحسين النظام الصحي، فسوف تتلقى الوزارة الكثير من الدعم على المستوى السياسي. وفي الواقع، نريد أن يكون لدينا نظام أكثر تنظيما في قطاع الصحة في ليبيا، بدءا من تعزيز القدرة على وضع السياسات على مستوى الوزارة وصولا إلى رؤية واضحة بين الوزارة والفروع المحلية على مستوى المقاطعات والمستوى الإقليمي [8]. فإنه لم تبذل أي جهود منهجية لإصلاح النظام الصحي في ليبيا. ولا تتوافر لدينا أي خطة حقيقية. كما لا وجود لأي رؤية شاملة [9]".

في الماضي، كانت ليبيا تتمتع بنظام صحي مركزي. ولكن ظهرت بعض المحاولات لجعل النظام الصحي أكثر لامركزية بين عامي 2000 و 2011. وبعد الإخفاق في تطبيق اللامركزية في النظام الصحي، بسبب ارتفاع ظاهرة الفساد بشكل أساسي، قررت ليبيا إعادة الصبغة المركزية للنظام. وخلال المقابلات، تم

ذكر اللامركزية كقضية أخرى من بين المحاولات الفاشلة على مدار العشرين عاما الماضية. وشرح مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المشكلة قائلين:

لكي نكون صادقين، تحتاج اللامركزية إلى استراتيجية .... من أجل أن تكون منظمة بشكل أفضل في قطاع الصحة. وحتى الآن، تبقى العلاقة (بين الحكومة المحلية والمركزية) مربكة للغاية. فالعلاقة بين وزارة الصحة والبلديات غير واضحة [8]. ... ..أما فكرة إعادة الطابع المركزي فقد كانت تروم وقف أعمال الفساد. ولكنها في الواقع زادت منها. لقد قالوا أنه إذا ما أحكمنا السيطرة من جانب واحد، فسيكون من السهل إيقاف أعمال الفساد. ولكن اللامركزية لم تجدي نفعا، بل كان لها وقعا سيء جدا. يجب أن تكون الوزارة هيئة تنظيمية. وأعتقد أن النظام السياسي بأكمله في ليبيا بحاجة إلى التغيير. يجب أن يكون للبلديات ميزانيتها الخاصة من أجل الخدمات الصحية. كما ينبغي تنظيمها. فالأمر لا يتعلق بإعطاء الأموال وشراء ما يرغبون به [5]. وهو ليس في صالح اللامركزية بسبب نقص الخبراء على مستوى البلديات. إذ أن المقترحات يُنظر إليها على أنها مجرد نقل للمشاكل من مكان إلى آخر. على سبيل المثال، تغيير الأسرة، تخصيص الأموال، عبء الأمراض، شراء المعدات، إلخ .... [14]. "

أعلن بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين دعمهم لتطبيق اللامركزية قائلين:

"إذا أراد شخص شراء آلة التصوير بالرنين المغناطيسي، لا يمكنه شراؤها بنفسه، عليه أن يذهب إلى طرابلس ويحصل على ترخيص. وهذا مضيعة للوقت. فإذا كان لديك هيئة تنظيمية وسياسات ومعايير ومبادئ توجيهية واضحة بشأن كيفية شراء هذه الأجهزة، حين إذن لا بد من اتخاذ القرار النهائي على نحو لا مركزي (السلطات أو المديرين). ولا وجود لأي مشكلة.إن القيام بكل شيء من المركز يجعل حياة الناس صعبة ويزيد من الفساد، لأن الأشخاص الذين في المركز يمكن أن يتأثروا بأشخاص آخرين يفسدونهم. إن الأمر سهل. الطابع المركزي يزيد من مظاهر الفساد. لقد رأيت ذلك.أعتقد أنه يجب القضاء على المركزية بشكل نهائي. فتكون وزارة الصحة مجرد هيئة تنظيمية تضع الاستراتيجيات والخطط. وتترك عمليات شراء المعدات والأدوية وغيرها من المور الأخرى لتتم محليا. وينبغي منح الاستقلالية للمستشفيات والمؤسسات والمرافق الصحية. كما يجب علينا أن نعطيها المسؤولية المالية. وينبغي لها أن تحدد احتياجاتها. ولكن كل شيء يجب تنظيمه [5]. هناك فرق بين اللامركزية وعدم تركيز السلطة. بحيث تتصل اللامركزية بالحوكمة

وتفويض الإدارة المحلية مهمة اتخاذ القرارات. ومع عدم تركيز السلطة، أنشأنا منظمات للقيام بمهام معينة. إحداها مهمتها التخطيط، وهذا أمر مهم جدا. والريادة إحدى هذه المنظمات أيضا. إذ اعتقدنَا بأنّ الريادةِ كَانتْ لا تَعْملُ بشكل صحيح في الحكومةِ. وإن إنشاء هذه المؤسسات جزء من استراتيجية نقل السلطة، وليس استراتيجية اللامركزية [18] ".

ذكر بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين أن عدم الاستقرار السياسي وعدم الاستدامة هما مشكلتا الحوكمة والريادة الأساسيتين.ويشيرون إلى أن الأمن والحرب يؤثران سلبا على السياسات والاقتصاد، وأن النظام الصحي العام وأنشطة الإصلاح تتأثر سلبا. وعن لسانهم، حددوا هذه المشاكل على النحو التالي:

"تعتبر مشاكل النظام الصحي الليبي ككل أ]ضا مصدر قلقنا. فنحن جزء من المشاكل.المشاكل السياسية وعدم الاستقرار السياسي، إلخ [1]
لقد عرضنا عدة توصيات على وزارة الصحة في كل مؤتمر وكل دورة تدريبية. ولكنها لم تنفذ. وهذه هي مشكلة النظام الصحي في ليبيا. في السنوات الـ10 الماضية، غيروا رئيس المؤسسات المعنية بالصيدلة والخدمات الطبية 14 مرة. وقد عمل بعضهم 6 أشهر فقط. ....إنهم يغيرون حتى الوزراء كل عام. وهذه أكبر مشكلة [4].
السياسيون، في السنوات العشر الماضية، لا يملكون حس الريادة أو القدرة على قيادة هؤلاء الناس. وأنا لا ألومهم. لأن البلاد ليست مستقرة. ولكن ما فعلته في تسعة أشهر كان فقط لإدارة الأزمات، بمفردي [5]. والمشكلة الرئيسية تتمثل في أنه لدينا حكومتين. والناس يقاتلون بعضهم البعض. فعلنا الكثير من الأشياء لتحسين النظام الصحي. ولكن كنا دوما نواجه أربع مشاكل: اقتصادية، وسياسية، واجتماعية، وأمنية. فنحن نتوفر على الموارد، ولكننا لا نستخدمها بسبب الحرب ." [7]

من العوامل الهامة الأخرى التي تم تحديدها بوصفها شواغل في مجال الحوكمة والريادة التخطيط والتنظيم والقدرة الإدارية. وخلال المقابلات، ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أن النظام الصحي لم يخطط له على نحو ملائم بسبب نقص القدرة الإدارية والتنظيمية في وزارة الصحة، وأن الحكومة لم تضطلع بدورها بفعالية وكفاءة. ولخصوا هذه المشاكل قائلين:

"نحن بحاجة إلى النظر في بناء نظام صحي جيد. هذه هي الأولوية. والمشكلة الثانية هي أنه ليس لدينا تخطيط. فالعديد من الأشخاص يتم تعيينهم في وزارة الصحة

والتخطيط، ولكن النتائج ليست جيدة لأننا لم نشرك جميع أصحاب المصلحة في عملية التخطيط للحصول على آرائهم [11]. ولكون السياسات والأنظمة التشريعية واضحة، فإن المشاكل تكمن في تنفيذها. وكثيرا ما تكمن المشكلة في عدم التخطيط [14]. ينبغي إعادة تنظيم نظام الرعاية الصحية ليتناسب مع الوضع الجديد في ليبيا. وفي بعض الأحيان، يتعين على الحكومة أن تتحمل بعض المسؤوليات والنفقات مكان الجمهور العام والمجتمع لحل المشاكل القائمة في قطاع الصحة، ولذلك، نعتقد أن الحكومة ينبغي أن تكون الجهة المنظمة تطوير سياسات القطاع الصحي [8]. ..... وتتمثل إحدى المشاكل في غياب المديرين الذين يتعاملون مع هذه المشاكل. كانوا يبذلون قصارى جهدهم. وم تكن لديهم القدرة أو الفرصة لوضع خطة استراتيجية للخدمات الصحية. وكانت قدرات ومستوى تدريب القوى العاملة التي يفترض منها حل مشاكل النظام الصحي محدودة [5]. فالنظام الصحي في ليبيا يعاني من ضعف التدريب على الإدارة والحكم الرشيد. وهذا النظام مختل وظيفيا [14]، وغير فعال على مستوى الإدارة [18]".

كما أشار مقدمي المعلومات الرئيسيين إلى عدم كفاية اللوائح، وانعدام المساءلة، وعدم كفاءة الاقتصاد باعتبارها المشاكل الرئيسية للحوكمة والريادة في النظام الصحي في ليبيا.

"نحن بحاجة إلى أن نكون مسؤولين عن الإجابة على أسئلة من، ماذا، كيف، أين، متى، ولماذا. وإذا فعلنا ذلك، فلا أحد سيتدخل في النظام الصحي، وبالتالي سيكون تغييره ممكنا بسهولة. ومع ذلك فإن الأمر ليس سهلا. ولكن إذا حددنا جميع معالم العملية، قد نكون ناجحين [11]".

تمويل الصحة

تعرف منظمة الصحة العالمية نظام التمويل الصحي الجيد بأنه نظام يجمع الأموال الكافية للصحة ويحمي الناس من النفقات الصحية الكارثية بضمان استخدام الناس للخدمات اللازمة، ويوفر حوافز لمقدمي الرعاية الصحية ومستخدميها لكي يكونوا فعالين. وفي إطار المقابلات مع مقدمي المعلومات الرئيسيين، كان الهدف هو فهم ما إذا كان النظام الصحي يمول تمويلا كافيا، وما إذا كان الإنفاق يحقق النتائج المرجوة ويحسن من مستوى الكفاءة، وما إذا كانت المنظمات المسؤولة تؤدي أدوارها بفعالية، وما إلى ذلك. وكما هو موضح في الجدول 23، سُجل 36 بيانا في 23 وثيقة منسوخة.

الجدول 23. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بتمويل الصحة في ليبيا

تمويل الصحة	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	36	**100.0**	**21**
التمويل غير المناسب والطريقة غير السليمة للإنفاق	13	36.1	7
عدم الفعالية	6	16.7	5
الفساد	5	13.9	5
تخصيص الموارد	4	11.1	3
صندوق مستقل للتأمين الصحي	4	11.1	4
التغطية	1	2.8	1
الأسعار	1	2.8	1
الرسوم الثابتة المشتركة وتعبئة الأموال	1	2.8	
التمويل المركزي	1	2.8	1
الوثائق مع الرموز			14
الوثائق بدون رموز			10
وثائق تم تحليلها			24

أشار أكثر من ثلث البيانات المدلى بها في إطار الجانب المتعلق بتمويل الصحة إلى أن مستوى الأموال المخصصة للقطاع الصحي في ليبيا غير كاف، وأن تخصيص الأموال بين الفئات الصحية المختلفة لم يكن متسقا مع أهداف تحقيق الكفاءة وحماية الأفراد الفقراء من الإنفاق على الصحة من الاموال الخاصة. كما أوصى بعضها بفصل مسؤوليات التمويل وتقديم الخدمات، وزيادة استقلالية المستشفيات من خلال السماح لها بوضع خططها المالية واتخاذ القرارت فيما يتعلق بكيفية استخدام الموارد المالية لزيادة الكفاءة. ووصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المشكلة قائلين:

> "..... المشكلة الثانية القائمة في النظام الصحي في ليبيا وغير المرئية لكثير من الناس هي أننا ننفق القليل جدا من الموارد المالية على الصحة كدولة، بواقع أقل من 500 دولار للفرد، الأمر الذي يعتبر أقل بكثير من العديد من البلدان. فعلينا تشغيل النظام بمستوى منخفض جدا من المال. وهناك مستشفيات كبيرة وموظفون كثيرون ومرضى أكثر. ولكن مقدار الأموال لا يكفي [3]. ولذلك، فالمشكلة الثانية تتمثل في نقص التمويل. كما تعتبر حصة الإنفاق على قطاع الصحة في الناتج المحلي الإجمالي منخفضة. ويتعين انتهاج الإدارة الحكيمة للأموال والموارد، علما أن المشكلة الأكثر أهمية على هذا المستوى تتمثل في الفساد [5]. وتعتبر الميزانية المخصصة لوزارة الصحة جد منخفضة، بحيث يبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة حوالي 500 دولار وهو ما يعتبر منخفضا جدا بالمقارنة مع الدول الأخرى. ولكن الناس يتوقعون خدمات أفضل عالية الجودة [10]. فنحن نعاني من مشكلة كبيرة مع نظامنا المالي، الذي تم الحكم عليه من قبل بورتر، قائلا أن هذا النظام

مصمم للفشل. وهو كان صائبا، إذ أنه فشل كامل. فالعديد من الأشخاص المتحمسين، حتى المديرين الذين يتوفرون على أفكار جيدة، عليهم العمل بموارد مالية محدودة جدا. وحتى مركز طرابلس الطبي لا يملك ميزانية كافية لمدة عامين. ويتوقع منه تقديم رعاية عالية المستوى ومتقدمة لمرضاه مثل جراحات القلب [11]. و للمستشفيات إمكانية وضع خططها وأولوياتها لتلبية احتياجاتها بالأموال القادمة إليها مباشرة. وكهيئة صحية، لا يمكنكم إدارة الأموال لأنها تُحوَّل من خلال وزارة المالية إلى المستشفيات الفردية. والمدير يتمتع بتأثير ضئيل جدا فيما يتعلق بذلك [3]. وأنا أتفق تماما على أن تدفق التمويل يعتبر مشكلة في ليبيا. ووزارة الصحة تزود وتمول الخدمات الصحية. الأمر الذي يعتبر مشكلة. ويجب أن تتكفل وكالة أخرى بمسؤولية التمويل، بحيث أنه من الأفضل فصل التمويل عن تقديم الخدمات، وبهذا، يمكن لوزارة الصحة تقديم خدمات أفضل [10]."

تتمثل المشكلة الثانية التي ذكرت مرارا في إطار الجانب المتعلق بتمويل الصحة في عدم كفاءة النظام الصحي. فبعض مقدمي المعلومات الرئيسيين يعتقدون أن الأسباب الأساسية لعدم الكفاءة هي الرواتب المتداولة في مرافق الرعاية الصحية المكتظة بالموظفين، أو إرسال المرضى إلى الخارج لتلقي العلاج، أو الفساد الذي يعاني منه النظام الصحي. ووصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المشكلة كما يلي:

"يتم إنفاق أكثر من نصف الموارد المالية على رواتب الأشخاص الذين لا يذهبون عادة إلى العمل. وهذا يعني إهدار أكثر من 50% من الميزانية المخصصة [3]. العلاج بالخارج، الذي يمثل مصدرا رئيسيا للأعباء المالية، كان محل تشجيع من طرف السلطات في فترة معينة [14]. يُعد نظام التمويل الصحي القائم أحد القضايا الرئيسية. إنه يتسم بالفساد والاحتكار. وأعتقد أن سبب تطوير نظام تمويل جديد يتمثل في محاولة التعامل مع هذه الشبكة شديدة الفساد. لأنه في الوقت الحالي، يتم في الأساس إهدار كل الأموال التي تضعها في النظام [21]."

يمثل الفساد ثالث أكثر المشاكل التي تم ذكرها تكرارا ومرارا والتي تمت الإشارة إليها في 5 وثائق تم إرسالها عندما كان التمويل الصحي محورا للمقابلة. ويعتقد بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين أن وكالات السياحة الصحية أو الأفراد المنخرطين في عملية إرسال المرضى إلى دول أخرى لتلقي العلاج، أو شركات التأمين الخاصة التي تبرم عقودا مع مقدمي الرعاية الصحية لعملائها الذين يدفعون مستحقات تأمينهم على شكل أقساط، أو الأشخاص المسؤولين عن الإنفاق وتخصيص الأموال فيما بين مختلف الأغراض، أو مقدمي الرعاية الصحية هم الكيانات والأفراد الرئيسيون المتورطون في الممارسات الفاسدة. ووصف مقدمي المعلومات الرئيسيين الفساد في التمويل الصحي على النحو التالي:

"هناك الكثير من الفساد. والشعب الليبي الذي يعيش في تركيا يعتبر جزءا من هذا الفساد. فهذا الأخير متجسد هنالك [1]. ..... بعض شركات التأمين الكبيرة والراسخة تدفع الأموال لكن الناس لا يحصلون على خدمات جيدة. ولأن مديرو شركات التأمين الكبرى يبرمون عقودا مع مديري المستشفيات، فإن الطرفين مهتمون بالعقود بدلا من تقديم خدمات ذات جودة أفضل أو خفض التكاليف (مصدر للفساد) [3]. ويتعين انتهاج الإدارة الحكيمة للأموال والموارد، علما أن المشكلة الأكثر أهمية على هذا المستوى تتمثل في الفساد [5].

تم تقديم مقترح لإنشاء صندوق مستقل للتأمين الصحي من أجل فصل التمويل عن توفير الخدمات الصحية إلى مقدمي المعلومات الرئيسيين لتحديد مدى ملاءمة هذه الفكرة والحصول على بعض الأدلة عما إذا كان هناك تأييد لمقترح يوصي بصندوق مستقل للتأمين الصحي في ليبيا. فقد جرت مناقشة فكرة إنشاء صندوق للتأمين الصحي في ليبيا على مدى السنوات العشر الماضية تقريبا من قبل سلطات وزارة الصحة. ورغم أن هناك مرسوم بشأن إنشاء صندوق التأمين الصحي، فإنه لم يتم تنفيذه بعد. كما أن الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية العامة على جميع المستويات مجانية لكل مواطن، الامر الذي يتسبب في الازدحام أمام مرافق الرعاية الصحية العامة وتدني جودة الخدمات الصحية. وفي هذا الصدد، يعتبر كل من استحداث نوع من الدفع المشترك لمستخدمي الرعاية الصحية عندما يرغبون في استخدام خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص، وتفعيل صندوق التأمين الصحي لشراء الخدمات الصحية من القطاع الخاص الفكرتان اللتان طُلب من مقدمي المعلومات الرئيسيين تقييمهما خلال بعض المقابلات. وبناء على خبرتهم حول إنشاء صندوق تأمين صحي في ليبيا، أو آرائهم المتعلقة بمزايا أو عيوب صندوق التأمين الصحي المستقل وأنواع الدفع المشترك، قاموا بوصف هاتين الفكرتين أو تقييمهما على النحو التالي:

"نظمنا مؤتمرا عام 2012، خلصنا في نهايته إلى فصل ميزانية الخدمات الصحية عن وزارة الصحة، وإلحاقها بالصندوق الوطني للتأمين الصحي [6]. نعم، نؤيد فكرة صندوق التأمين الصحي في ليبيا. ونحن ننتهجه الآن، ولكننا نواجه بعض المشاكل. فهم لا يدفعون مقابل ما تستحقونه. ووزارة الصحة تشتري الخدمة من القطاع الخاص، وهذا الأخير لا يعمل كما يجب. ودفع المستحقات يأتي في وقت لاحق، الأمر الذي يعتبر مشكلة [1]. إن المقاومة (ضد صندوق التأمين الصحي المستقل) من شأنها أن تتجلى على مستويات مختلفة. وفيما يتعلق بصناع السياسة، حتى لو بدأتم بوزارة الصحة نفسها، قد تجدون مقاومة. وبالنسبة لأولئك الذين لا يفهمون مزايا أنظمة الدفع الجديدة أو إصلاحات التمويل فإنهم

سيقاومون. وإذا لم يتم إشراكهم وإدماجهم في المناقشات، فسوف يقاومون التغيير. وقد يقاوم وزير المالية والوكالات المالية الأخرى لأنهم مقتنعون بمدرسة التمويل التقليدية مثل الميزانية القائمة على البنود. وإذا لم يتم إقناع أصحاب المصلحة هؤلاء، فهم بالطبع سيقاومون. والعديد من موظفي الرعاية الصحية ينعمون ويقدرون تلقيهم لنفس رواتب أولئك الذين يعملون بشكل دؤوب. وهم بدورهم قد يقاومون التغيير. وإذا رأى الموظفون أن البعض منهم يحصلون على رواتب أعلى، فإن أولئك الذين يحصلون على أقل سيُطالبون أيضا برواتب أعلى. وعكس ذلك، سوف يقاومون التغيير [12]. وإذا تم قبول الدفع المشترك، فسيكون هناك مقاومة كبيرة، لأن دستور ليبيا يتضمن مفهوم الصحة الوطنية المجانية. والقانون يمنعنا من تحصيل الأموال من المرضى. بل ولا يُسمح لنا حتى بقبول التبرعات. ولكن الآن، كل هذا تغير، بحيث صار بإمكان المرضى أوالناس بصفة عامة تقديم الأموال لشراء بعض المعدات والتكنولوجيا الضرورية. ومع ذلك، لا ينبغي أن نقوم بالأمراستنادا للقوانين [6]".

في إطار الجانب المتعلق بتمويل الصحة، ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أيضا بعض المشاكل والعقبات ذات الصلة بالموارد المالية المحدودة، وتخصيص الموارد، والتمويل المركزي، وتحديد الأسعار والتغطية المالية.

"لا وجود لكيان يتحمل مسؤولية تحديد الأسعار، وهو ما يعتبر أيضا إحدى المشاكل. فالأسعار المعتمدة في القطاع الخاص الليبي، توافق عليها الحكومة دون أن يتم فحصها من قبل هيئة مستقلة. فيجب أن يكون هناك هيئة مستقلة لهذا الغرض [1]. وهناك العديد من الليبيين الذين يقصدون بلدان أخرى لتلقي الرعاية الصحية، لأن القطاع العام لا يغطي الكثير من الخدمات التي يحتاجها المواطنون. والتمويل ليس كافيا [17]. وهناك عدم استقرارعلى مستوى التمويل وإساءة استخدام للموارد. ولا تُوزع الموارد المالية على نحو سليم [18]. وهناك رغبة في زيادة الإنفاق. ولكن العقبة القائمة في هذا الصدد هي الأزمة الاقتصادية التي تشهدها البلاد على مدى السنوات القليلة الماضية. فهم يودون تحسين قطاع الصحة، ويرغبون في رؤية مرافق الرعاية الصحية العامة تعمل بطريقة أفضل لكي تتمكن من خدمة المواطنين الذين لا يستطيعون تحمل تكاليف العلاج في القطاع الخاص أو في الخارج [8]".

التنظيم وتقديم الخدمة

تعني عملية تقديم الخدمات الصحية توفير تدخلات صحية فعالة وآمنة وجيدة لمن يحتاجون إليها، متى وحيثما دعت الحاجة، بأقل قدر من إهدار الموارد. وهي تشمل الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الأولية والثانية والثالثة. وتشمل أيضا إدارة وتنظيم مرافق رعاية صحية أولية أو مستشفى جامعي أو مستشفيات عامة أو خاصة صغيرة أو كبيرة. وقد تم تقييم الجودة والاستجابة وإمكانية الوصول ونظام الإحالة والتوزيع العادل وتوافر الأدوية والمعدات الأساسية وبعض الجوانب المهمة الأخرى المتعلقة بتقديم الخدمات من قبل مقدمي المعلومات الرئيسيين أثناء المقابلات. وتمت مناقشة جانب التنظيم وتقديم الخدمات في 18 وثيقة نصية. كما تم ذكر أو تكرار أربعة عشر عنصرا مختلفا مهما ذي الصلة بالتنظيم وتقديم الخدمات 124 مرة من قبل مقدمي المعلومات الرئيسيين.

الجدول 24. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالتنظيم وتقديم الخدمات الصحية في ليبيا

التنظيم وتقديم الخدمة	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	124	**100.0**	
القطاع الخاص	30	24,2	12
المستشفيات	29	23,4	14
عدم الفعالية	12	9,7	7
الرعاية الصحية الأولية	12	9,7	7
الجودة	10	8,1	9
التخطيط	7	7.5	4
انعدام الثقة في نظام الرعاية الصحية	6	4,8	5
التنظيم ونظام الإحالة	4	3,2	4
الوصول	3	2,4	3
طبيب الأسرة	3	2,4	2
نقص الموارد	3	2,4	2
التشريع	2	6.1	2
الأمن	2	6.1	2
النفقات من المال الخاص	1	0,8	1
الوثائق مع الرموز			18
الوثائق بدون رموز			6
وثائق تم تحليلها			24

لقد تم تشجيع مقدمي المعلومات الرئيسيين على مناقشة القطاع الخاص ودوره في النظام الصحي الليبي لأن ليبيا تتمتع بقطاع خاص سريع النمو وترسل العديد من المرضى إلى الخارج لتلقي العلاج. لذلك ليس مستغربا رؤية القطاع الخاص من بين أكثر المسائل المشار إليها عدة مرات في إطار التنظيم وتقديم الخدمات. وأثناء هذه المناقشات، قارن بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين بين القطاع الخاص والقطاع العام، وذكروا عدم الكفاءة وبعض مواطن الضعف الأخرى لدى مقدمي الرعاية الصحية العامة على النحو التالي:

"لدينا العديد من مرافق الرعاية الصحية العامة، ولكنها سيئة وضعيفة جدا. ولدينا قطاع خاص جيد، بحيث أنه أفضل بكثير من القطاع الحكومي. أنا أعلم أنه سيكون هناك الكثير من التغييرات خلال فترة تحويل النظام، ولكنها لن تحدث بين ليلة وضحاها [3]. وإنه من المستحيل القول إن القطاع الخاص يعتمد على القطاع العام، لأن القطاع الخاص يستفيد من انهيار القطاع العام. وقد يكون ذلك صحيحا، ولكن ينبغي للقطاع العام أن يبقى تحت الرقابة. كما ينبغي له إعادة النظر في عدد موظفيه، ...في تصوري، القطاع العام يشبه الديناصور الكبير، والقطاع الخاص يشبه الأرنب الذي يتمتع بسرعة أكبر. وعندما أقارن الأسعار في القطاع العام، وبالخصوص تكلفة استبدال الركبة، فإن تكلفتها تكاد تكون ضعف التكلفة بالقطاع الخاص. فهي أقل تكلفة في هذا الأخير [1]".

ذكر أحد مقدمي المعلومات الرئيسيين أنه ينبغي تنظيم القطاع الخاص بشكل مناسب، ويجب ألا يكون القطاعان الخاص والعام متنافسان، بل يجب أن يكمل كل منهما الآخر. ويعتقد هذا الشخص أن القطاع العام يجب أن يواصل دوره في مجال الرعاية الصحية من خلال تحسين إمكانياته وتقديم رواتب أفضل لموظفيه.

"يمكن للقطاع الخاص تقديم الخدمات بسرعة. وبالنسبة لهذا القطاع في ليبيا، يتعين خلق المنافسة. وقبل ذلك، يجب تنظيمه. أنتم في حاجة إلى معايير وسياسات فضلا عن هيئة تنظيمية تُصدر معايير تتعلق بالقطاع الخاص قبل السماح لمؤسساته بتقديم خدماتها. كما ينبغي أيضا تمكين القطاع العام، وبهذه الطريقة، يمكن للناس أن ينجذبوا إلى القطاع الخاص. فإن هناك العديد من البلدان التي تتوفر على قطاع خاص. وفي ليبيا، تفكر الحكومة وأصحاب المصلحة في طريقة التعامل مع هذا القطاع، الأمر الذي لا يمكنه أن يتم بسرعة، بل يجب أن يتسم

بالبطء والروية. مع العلم أنه يجب استبقاء القطاع العام وتحسين القطاع الخاص. ونحن بحاجة إلى تحسين القطاع العام كذلك. فبهذا، قد يشعر الناس بعدم وجود فرق كبير بين القطاعين العام والخاص. وإذا أبقيتم على العمال في مجال الصحة في القطاع العام، فهم سيعملون بشكل جيد. ولكن إذا لم تمنحهم رواتب جيدة، وبعض الحوافز الأخرى لهم ولأسرهم، فهم سيتوجهون إلى القطاع الخاص، الذي يعتبر منافسا قويا للقطاع العام على الرغم من كونه مكلف للغاية [5]".

لقد ذكر أيضا بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين سلبيات زيادة الدور الذي يلعبه القطاع الخاص، مشيرين إلى أن القطاع الخاص يمكن أن يسيء استخدام النظام لزيادة الربح على حساب الجودة والسلامة.

"...... كيف نسيطر على هذا؟ نحن نعاني من مشكلتين: عدم كفاءة القطاع العام وربح القطاع الخاص. في القطاع الخاص، لا يمكنكم التحكم في الأداء، والسلامة، والاحترافية، إلخ ... فالعاملون بالقطاع يبتسمون لكن الخدمات قد لا ترقى إلى مستوى المعايير. فهم لا يتسمون بالفعالية [10]. وليبيا تتوفر على ميزانية جيدة جدا مخصصة للمستشفيات الخاصة، التي توفر أقل مما هو مطلوب من حيث الخدمات. فهم لا يعاملون المرضى كما ينبغي. ولا يتحملون المسؤولية عن أفعالهم. ويجب وضع أنظمة إدارة الجودة في القطاع الخاص لتحسين مستوى السلامة. كما يجب دعم المستشفيات العامة من خلال تدريب قادتها ونحتاج إلى قادة شباب لا تزيد أعمارهم عن 35 عاما. وهذه هي مشكلتنا في ليبيا [11]".

أشار بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين إلى التنافس القائم بين القطاعين العام والخاص، لا سيما فيما يتعلق بجذب الأطباء المتخصصين في مجالات معينة. كما يعتقدون أن القطاع الخاص يوفر المزيد من الحوافز وأن القطاع الخاص يجب أن يسترشد بالسياسات المناسبة في مجال الصحة. ووصفوا هذه المشكلة قائلين:

"هناك تشريعات تحظر تعدد الوظائف ((أي العمل في كل من القطاعين الخاص والعام). لكن في الواقع، هذا ليس هو الحال. وفي بعض التخصصات، يقدم القطاع الخاص رواتب أعلى للأطباء. وإذا تم حظْر العمل المجدي في تخصصات معينة، فقد يتسبب ذلك في مشاكل إضافية لأن عدد الخبراء في تخصصات معينة محدود للغاية. .... إذا أجبرتهم على العمل في قطاع واحد فقط، فقد يكون لذلك

تأثير سلبي على صحة السكان لأن هؤلاء الأطباء لن يسافروا إلى مناطق ومدن أخرى [9]. ما يجعل النظام الحالي غير فعال. فالقطاع العام وصناع السياسات جهتان تعتبران القطاع الخاص شريكا للقطاع العام. إذ عادة ما يستخدم القطاع الخاص الموارد البشرية العامة، ويدفع رواتب أعلى ويوفر بيئة عمل أفضل. إنهم بحاجة إلى الجلوس على طاولة واحدة وإيجاد حلول لتأسيس علاقة شراكة بين القطاع الخاص والقطاع العام. في رأيي، ليس من المفيد أن نرى القطاع الخاص كمنافس للقطاع العام. ولن يكون هذا اختيارا جيدا. إن سوق الرعاية الصحية معقد بعض الشيء، ولا يمكن إدارته من قبل القطاع العام وحده، ولا يمكنك تجاهل القطاع الخاص، حتى لو لم يكن من أجل الربح [12]. فالقطاع الخاص يقدم حوافز كبيرة. وهذا ما يفسر نجاحه في مجالات عديدة [14]. وإن تعزيز العلاقة بين القطاعين الخاص والعام أمر ضروري. كما أن القطاع الخاص من شأنه أن يكون حرا، لكنه يحتاج إلى توجيهات سياسية من الحكومة لتحديد السعر الأقصى [8].

مثلت المستشفيات موضوعا آخر تمت مناقشته أثناء المقابلات.وكانت المواضيع التي نوقشت هي أدوار المستشفيات في النظام الصحي العام وهيكله التنظيمي والإداري. ويعتقد العديد من المشاركين في المقابلات التي أجريت مع مقدمي المعلومات الرئيسيين أن المستشفيات في ليبيا ينبغي أن تكون مستقلة وحرة في اتخاذ قراراتها الخاصة في مجالات إدارة المستشفيات، مثل شراء معداتها أو أدويتها أو تحديد معايير دفع الأجور لموظفيها مقابل الأداء.

"من مشاكل النظام الصحي الليبي الطريقة التي تدار بها مرافق الرعاية الصحية العامة [22]. وقد يكون من الضروري إعطاء استقلالية للمستشفيات. بحيث يمكنها أن تنافس القطاع الخاص، وتطوير بنيتها. فهي لا تزال عامة، ولكنها تزيد من إيراداتها. وقد يكون الصندوق الاستئماني مناسبا لهذا الغرض [5]. فإننا إذا أعطينا هذه المستشفيات استقلالية حقيقية، من الممكن أن تقدم خدمات صحية أفضل. ولكن القرار ينبغي أن يتخذ على مستوى البرلمان [10]. لذا، أعتقد أن الطريقة التي نقوم بها بالإدارة داخل المستشفيات نفسها تحتاج إلى إصلاح جاد بحيث يتم ربط المال بمؤشرات الأداء، ومديرونا، إذا لم يكونوا خاضعين للمساءلة، فلن يكونوا حريصين على تحسين الأداء [17]. ويجب أن يكون المجلس التنفيذي متكونا من جميع رؤساء الأقسام. رئيس الطب العام، رئيس الجراحة... وكذلك المديرين الرئيسيين مثل مديري الموارد المالية أو البشرية. وعلى هذا المجلسِ الجتماع ومناقشة كيفية إنفاق الأموال التي نتلقاها. بالإضافة إلى مسؤوليات وظيفية أخرى.وبهذه الطريقة، سيكون بإمكان المديرين أن يستخدموا السلطة

لاتخاذ القرارات وأن يكونوا مسؤولين أيضا عن تبعات قراراتهم وإدارة المستشفى....ينبغي خلق روح العمل الجماعي [3]".

ولكن بعض مقدمي المعلومات الآخرين يعتقدون أيضا أن المستشفيات ليست مستعدة لأن تكون مستقلة لاتخاذ قراراتها الخاصة لأنها لا تملك إداريين يتمتعون بمهارات إدارية جيدة وينبغي تدريب المديرين في هذه المجالات قبل جعل المستشفيات مستقلة. كما يعتقدون أن جعل المستشفيات أكثر استقلالية قد يزيد من الفساد في النظام.

"المستشفيات ا تتسم بالمستوى الكافي من المسؤولية من حيث الإدارة لتكون مستقلة.وأوافق على أن هناك فسادا في وزارة الصحة، وأخشى أن هناك أيضا الكثير من الفساد في إدارة المستشفيات. وفي محاولة لحل هذه المشاكل، عليكم النظر في المستوى المركزي ومحاولة تنفيذ الإصلاحات والتحولات في الحكومة المركزية ووزارة الصحة ثم العمل على تهدئة اللعبة بالإصلاحات والتغييرات. إذا كانت خطوتكم الأولى هي جعل وإعطاء الكثير من الاستقلالية للمستشفيات منفردة، قد ينتهي بكم المطاف إلى بؤرة منفصلة من الفساد الشديد بكل أشكاله التي لن تتمكنوا أبدا من السيطرة عليها [2]. فالتنظيم والإدارة يعتبران مشكلة كبيرة. مديرو المستشفيات حديثو التخرج، وهم الآن مسؤولون عن التنظيم والإدارة. وليس لديهم خبرة في الإدارة والتمويل. ويُنَصبون على رأس المستشفيات بلقب المدير العام. وفي بعض الأحيان لا يعملون في الإدارة على الإطلاق. فقبل تعيين هؤلاء الأشخاص كمديرين، ينبغي تدريبهم من خلال دورات قصيرة الأجل، أو على الأقل من خلال التوجيه [7]. وينبغي أن ندرب المديرين على الجوانب المالية للمنظمة/المؤسسة. وفي حالة عدم تدريب المدير، يمكنه أن يترك إدارة هذه المهام لأشخاص أكفاء وذوي خبرة. وينبغي أن ندعم المستشفيات العامة، بفرض شروط صارمة جدا فيما يخصها [11]".

أُعرب عن بعض الشواغل بشأن عواقب منح المستشفيات استقلالية أكبر نسبيا، استنادا إلى تجاربها مع المحاولات السابقة لتغيير إدارة المستشفيات، وطريقة إدارة مرافق الرعاية الصحية حاليا في البلد. وأعرب مقدمي المعلومات الرئيسيين عن شواغلهم قائلين:

"لقد كان لدينا مقترحات مثل الدفع حسب النتائج، الدفع مقابل الأداء.وأعتقد أن هذه الأفكار جيدة، ولكن من الصعب جدا تنفيذها، لذلك سيكون هناك حاجة لكثير من التغيير والتحسين من حيث توفير الرعاية الصحية الجيدة. وفيما يتعلق

بالجوانب الأخرى لتحسين أوجه القصور، ينبغي أن يكون لدينا قادة يتمتعون بالحوكمة الرشيدة على رأس الإدارات والمديريات. وإن تمكينهم لإشراك بقية الموظفين العاملين في تنفيذ القواعد الجديدة سهل قولا، ولكن من الصعب جدا من حيث التنفيذ [2]. لقد كنا نتوفر على قانون تنفيذي يقترح مجلس إدارة ومدير تنفيذي للمستشفيات. وكنت مرشحا لمنصب المدير التنفيذي ورئيس مجلس الإدارة. وضم المجلس عمداء خمس كليات، وعدد قليل من الأشخاص الآخرين. ولم تتكلل المسألة بالنجاح. فعندما تضعون منصب الرئيس أو الرئيس التنفيذي... علينا تغيير القواعد. يتألف المجلس أساسا من رؤساء الإدارات ومديري الأقسام. ولا يشمل أشخاص من الخارج. لم أكن حرا تماما [6]. رؤساء المستشفيات في ليبيا هم في الغالب أطباء متخصصون. وقد يكونون بالغين الحنكة في مجالات اختصاصهم. ولكن ليس في الإدارة. فمديرو المستشفيات في حاجة إلى مهارات خاصة. ويتعين علينا العمل على هذا الجانب [8]".

تلعب خدمات ومرافق الرعاية الصحية الأولية دورا هاما جدا في تقديم الخدمات الصحية في جميع أنحاء البلد. ولكنها تشهد انتقادات لعدم وفائها بتوقعات مستخدميها.وقد ذكر العديد من مقدمي المعلومات الرئيسيين أن مرافق الرعاية الصحية الأولية ليست مجهزة تجهيزا جيدا وتفتقر إلى المستحضرات الصيدلانية والأدوية اللازمة لمرضاهم. ووفقا لهم، فإن نظام الإحالة لا يعمل بشكل جيد ويتوقع من بعض مرافق الرعاية الصحية الثانوية تقديم بعض خدمات الرعاية الصحية الأولية.

"أول شيء يجب القيام به هو تعزيز الرعاية الصحية الأولية. وهي تحتاج أيضا إلى الريادة. فعليكم اختيار الشخص المناسب. الأشخاص الذين التقيتهم لا يتوفرون على أدنى فكرة عن ماهية الرعاية الصحية الأولية. هناك الكثير من مرافق الرعاية الصحية الخاصة الصغيرة. ونحن لسنا بحاجة إلى المستشفيات. والرعاية الصحية الأولية تحتاج إلى الريادة لأن مرافقها لدينا منتشرة في كل مكان. ونحن بحاجة إلى القوى العاملة. وأهم شيء هو التوفر على الممارسين في الطب العام الذين سيكونون في الخطوط الأمامية مع الناس. يجب أن يكونوا مدربين. ولاينبغي أن يكون في مرافق الرعاية الصحية الأولية أولئك الذين لا يرغبون في العمل في المستشفيات [5]. لقد كان لدينا نظام رعاية صحية أولية جيد جدا. وفي ذلك الوقت، كان متصلا بوزارة الصحةباعتباره سلطة محلية. أما الآن، فهو يعاني من ثلاث مشاكل: الصيانة، وكثرة الموظفين، والمعدات. يتعين علينا تجهيز مرافق الرعاية الصحية الأولية بمعدات جديدة.ونحتاج أيضا إلى تثقيف الأشخاص الذين يستخدمون هذه المرافق وتدريب الموظفين العاملين فيها [7]. وفيما يتعلق

بالمشاكل التي تواجهها خدمات الرعاية الصحية الأولية، يبرز كل من ظروف السلامة، والحيثيات المالية، والاكتظاظ على مستوى الرعاية الأولية. وإن الموظفين العاملين في مرافق الرعاية الصحية الأولية، مثل الأطباء والممرضات، لا يتلقون التدريب للعمل في هذه المرافق. وتقوم هذه الأخيرة بتحويل المرضى إلى مستشفيات الرعاية الثانوية والثالثة. كما أننا نتوفر على أطباء أكثر في مرافق الرعاية الصحية الأولية بالمقارنة مع المستشفيات [9]".

طُلب من مقدمي المعلومات الرئيسيين أيضا إبداء آرائهم بشأن ما ينبغي عمله لتحسين خدمات ومرافق الرعاية الصحية الأولية لتعزيز أدوارهم في النظام الصحي الليبي. وذكروا أن الرعاية الصحية الأولية تحتاج إلى ريادة، وإلى مزيد من الاستثمار، وإلى الحوكمة الرشيدة، وإلى مقاربة منهجية لتكون عنصرا أساسيا في نظام تقديم الرعاية الصحية في ليبيا.

"يجب إقرار الذهاب إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية أولا بشكل إلزامي قبل اللجوء إلى المستشفيات. فمراكز الرعاية الصحية الأولية موجهة لأغراض عديدة مثل علاج الأطفال والمسنين وإعطاء التطعيمات وما إلى ذلك. ويتطلب الأمر الكثير من العمل، والأموال، وتدريب الناس على كيفية استخدامها. كما تحتاج إلى الريادة والدعم من جانب الحوكمة. وتتطلب أيضا الالتزام. وبذلك، ستوفر الكثير من الأموال. وستتيح زيادة كفاءة استخدام الأطباء [5]. وينبغي أن تكون وزارة الصحة مسؤولة عن الرعاية الصحية الأولية من أجل التدابير الوقائية. وإذا قمنا بتحسين وتطويرالرعاية الصحية الأولية، لا أحد سيقول أي شيء. وإذا أرادت وزارة الصحة أن تعمل، وأراد الليبيون أن يعملوا، فعليهم أن يفعلوا ذلك بشأن الرعاية الصحية الأولية. فهي المسألة الرئيسية. إذا قمنا بتحسين الرعاية الصحية الاولية أو تطوير الطب الأسري سيكون النجاح جيدا جدا [7]. فقد كانت هناك عدة مبادرات عالمية في العديد من البلدان. وشيدوا العديد من مرافق الرعاية الصحية الأولية. ولكن لم تكن هناك محاولات منهجية لتعزيز الرعاية الصحية الأولية. وم يكن هناك أي استدامة. وخدمات الرعاية الصحية الأولية لا تتمتع بأي جاذبية بالنسبة للعديد من صناع السياسات. فالعديد منهم لا يهتمون بالعلم والتكنولوجيا. وهم لا يتحدثون عن الجوانب الإيجابية. ويعتقدون أن الرعاية الصحية الأولية ذات أهمية فقط لمساعدة المستشفيات. ويستخدمونها كأداة ترشيح للمستشفيات. لهذا السبب، لم يستثمروا أكثر في الرعاية الصحية الأولية [12]".

من الواضح أن عدم الكفاءة يمثل شاغلا إداريا هاما لمديري الرعاية الصحية وصناع السياسات في النظام الصحي الليبي.وقد يكون من المفيد جدا في هذه العملية معرفة الأسباب الجذرية لعدم الكفاءة بغية وضع مقترحات أكثر ملاءمة وقابلة للتنفيذ لمعالجة المشكلة. خلال المقابلات، أشار العديد من مقدمي المعلومات الرئيسيين إلى عدم كفاءة النظام وذكروا أن الإفراط في التوظيف هو السبب الرئيسي لعدم الكفاءة في قطاع الصحة العام. وعن لسانهم، وصفوا هذه المسألة على النحو التالي:

"ينبغي لهم إعادة النظر في عدد موظفيهم، هناك الكثير منهم. فماذا سيفعلون بهذا القدر الهائل من الأشخاص؟ لدينا عدد أقل من الموظفين، ولكننا ننتج أكثر... فنحن أكثر كفاءة وفعالية، بما يقرب من 800% بالمقارنة مع القطاع العام. ففي تصوري، القطاع العام يشبه الديناصور الكبير، والقطاع الخاص يشبه الأرنب الذي يتمتع بسرعة أكبر...لديهم أجهزة جديدة، ولكنها لا تعمل على نحو جيد. في المنطقة الجنوبية، قيل لي إن هناك سبع أجهزة للتصوير المقطعي المحوسب، لكن جهاز واحد فقط يعمل بشكل جيد. لأنه لا توجد موارد بشرية لتشغيلها. وهناك الكثير من الفساد [1]. وفي حين أن المرافق الصحية مزودة بفائض من الموظفين الإداريين وغير الطبيين، فإن الإداريين يتقاضون أجورا زهيدة [15].وما قصدت قوله هو أن ميزانية وزارة الصحة تستخدم بالفعل لشيء آخر في الخفاء، أي لدعم العاطلين [21]. وجميع اللبنات غير فعالة، ولا سيما في المناطق الريفية وخارج المدن، حتى على بعد 400 كلم من طرابلس [14]".

تقوم مستشفيات التدريب والتعليم بدور خاص في النظم الصحية من خلال توفير خدمات الرعاية من المستوى الثالث فضلا عن خدمات التدريب للمهنيين في مجال الصحة. كما أنها تطور مهارات جديدة وأساليب علاجية باستخدام تكنولوجيا متقدمة. ولهذا السبب، رأى بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين أن دور المستشفيات الجامعية في النظام الصحي الليبي مهم لتحسين مهارات ومعارف مقدمي الرعاية الصحية. وفي المقابلات، ذُكر أن عدد مراكز التدريب الطبي أقل مما هو مطلوب. وهي تتوفر على آليات فريدة للتنظيم والتمويل بالمقارنة مع بلدان أخرى. ومن الواضح أن المستشفيات الجامعية تواجه موارد مالية محدودة تسيطر عليها وزارة الصحة، وهي غير قادرة على اتخاذ قراراتها بنفسها.

"دور المستشفيات الجامعية لم يتغير في الواقع. ومن المفترض أن تقدم الرعاية من المستوى الثالث، وأن تحصل على تكنولوجيا وتخصصات أكثر تقدما. في الحقيقة، تلك كانت الخطةَ. إن سوء التوزيع، ونقص التمويل، والمركزية هي المشاكل

الرئيسية. فكل شيء في يد وزارة الصحة. كنا نفكر بتولي وزارة الصحة مهمة الإشراف، التشريع، والتنظيم فقط. وحاولنا فصل التمويل عن وزارة الصحة بإنشاء صندوق تأمين صحي وطني. كما حاولنا الفصل بين تقديم الخدمات على مستوى المستشفيات والرعاية الصحية الأولية. واضطررنا إلى إغلاق العديد من الأقسام بسبب نقص التمويل وصيانة المعدات والمرافق. وكان من المفترض أن تكون للمستشفيات الجامعية ميزانية مستقلة وسلطة مستقلة تحت إشراف وزارة الصحة. وأن تكون تحت الإشراف المالي والإداري لرئيس الوزراء الليبي. لكن تلك كانت الخطة. وحتى الآن، نحن تحت مظلة وزارة الصحة. وفيما يتعلق بالميزانية، فهي تخصص لوزارة الصحة، ثم تُحول إلى المستشفيات الجامعية عن طريق الوزارة. وهي (المستشفيات الجامعية) تتلقى ما تبقى. ومديري المستشفيات، بما في ذلك شخصي، نعاني، فنحن لا نتوفر على أي استقلالية، حتى في التوقيع مع الأطباء المتخصصين. وليس لدينا ميزانية مستقلة ولا حوكمة مستقلة. فعلينا أن نمر من خلال الحكومة المركزية. وليس لدينا أي استقلالية ذاتية [6]".

مثلت جودة الخدمات مسألة أخرى كثيرا ما أشار إليها مقدمي المعلومات الرئيسيين. وأشار عدد من البيانات إلى أن جودة خدمات الرعاية الصحية سيئة وأن الأسباب الرئيسية لذلك تتعلق بنقص مهارات ومعارف الموارد البشرية، والافتقار إلى المعايير واللوائح، وضعف الخدمات المختبرية.

"يخصص الكثير من الاستثمارات لتحسين الجودة التقنية. ولكن الجودة المتصورة ليست في الواقع محور تركيز السياسات. ولا يتم إجراء دراسات استقصائية عن مدى رضا المرضى. فنحن بحاجة لدراسة جانب الرضا عن الخدمات الصحية. وقد أجرينا دراسة استقصائية من قبل ووجدنا أن بعض المناطق راضية تماما وأن مناطق أخرى غير راضية على الإطلاق. فهذا يعتمد على المناطق والسكان [12]. وعموما، النظام الصحي في ليبيا أقل فعالية من المستوى العادي، وهو غير آمن، وجودة الخدمات ضعيفة. ويتمتع كل من القطاعين العام والخاص بجودة رديئة، ولكن القطاع الخاص أفضل قليلا فيما يتعلق بتقديم الخدمات. وتتفاوت الجودة المهنية فيما يتعلق بالمعايير الدولية من جيد إلى عادي [16]. ولا يوجد تنظيم تشريعي مناسب لجودة الخدمات ولا لمقدمي الرعاية الصحية [18]. وثمة نقطة أخرى تتمثل في مواطن الضعف على مستوى المختبرات، حيث تقدم الخدمات المختبرية من قبل أشخاص تلقوا تدريب غير كاف [11]".

وبسبب رداءة الجودة، هناك أيضا نقص في الثقة في مقدمي ومرافق الرعاية الصحية الليبية. ولهذا السبب، يقال إن العديد من المرضى يلتمسون العلاج في البلدان المجاورة وكذلك في بلدان الاتحاد الأوروبي.

"إن المواطنين الليبيين لا يثقون في الخدمات الصحية المقدمة في جميع أنحاء البلاد. ونحن نحاول استعادة تلك الثقة. وقد ساعدنا كوفيد-19 إلى حد ما. فالآن، لا يستطيع الناس السفر إلى بلدان أخرى. وجميعهم مضطرون للمجيئ إلينا [6]. وهم على استعداد لدفع اشتراكات التأمين الصحي. لكن عليهم ترميم الثقة أولا. عليهم أن يثقوا بجودة الخدمات الصحية التي يستخدمونها. وفي هذا الصدد، تعتبر مرافق الرعاية الصحية الأولية في وضع أفضل من حيث الثقة. ولكن ليس الأمر كذلك بالنسبة للمستشفيات العامة [8]. مجال الصحة في ليبيا مجاني. وهذه مشكلة أخرى. فمعظم الخدمات التي يقدمها القطاع العام مجانية، والناس غير راضين عن هذه الخدمات الصحية، ويحاولون الحصول عليها في الخارج. مع العلم أن علاج المرضى في الخارج لا يعتبر فكرة جيدة. ولكنه يتطلب عملا سياسيا. فالناس غير راضين عن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص والعام في ليبيا. ويذهب العديد منهم إلى الخارج لتلقي الرعاية الصحية لأغراض مختلفة. وهذا يتسم بنوع من الأهمية الاجتماعية. والمشكلة ليست في الجودة الفعلية للخدمات. فالأمر مترسخ في عقل الناس. وعلينا أن نعمل على تغيير ذلك للحصول على الخدمات داخل البلاد. فإن كانت الخدمات مجانية، يشعر الناس أن الخدمة الرخيصة تعني رداءة الجودة. وهذه المشكلة مشتركة لدى الناس وحتى أطبائنا. والأطباء لا يتحدثون كثيرا مع المرضى لأنهم مشغولون أو ببساطة لا يحبون التحدث. وهم يقدمون خدماتهم فقط [10]".

يشير مقدمو المعلومات الرئيسيون إلى أن تخطيط الخدمات الصحية يمثل مشكلة بسبب الحواجز البيروقراطية أو الإدارية، والجغرافيا الواسعة وانخفاض الكثافة السكانية في المناطق الريفية، فضلا عن استمرار بيئة الصراع السياسي. ويعتقد البعض أن مركزية النظام الصحي هي الحل لوضع خطط سليمة للخدمات الصحية في البلد.

"صحيح أننا بحاجة إلى خطط، ولكن ينبغي أن تستند هذه الخطط إلى الحقائق على أرض الواقع وليس إلى اعتبارات بيروقراطية أو إدارية بحتة [14]. ليس من السهل تقديم وتخطيط الخدمات الصحية لأن ليبيا لديها جغرافية كبيرة، والمدن ليست متساوية من حيث عدد السكان، كما تغيرت التركيبة السكانية بسبب

الصراع. وقد فُقد مكتب التخطيط المركزي للقطاع بسبب تقسيم البلد [18].
ونحن بحاجة إلى توزيع القدرات بشكل جيد في البلد، وينبغي إعادة إضفاء الطابع المركزي على النظام الصحي الجديد [8]".

إن ليبيا تحتاج إلى إعادة تنظيم نظامها الصحي، ولكن هناك غياب الرؤية الواضحة بشأن الاتجاه الذي يجب اتباعه: خلق نظام لامركزي بشكل أكبر أو جعله أكثر مركزية؛ أو تغيير أدوار مرافق الرعاية الصحية على مستويات أو درجات مختلفة. فالبعض يعتقد أن اللامركزية ضرورية للتغلب على مشكلة الثقة الكبيرة في الحكومة المركزية والسلطات العامة، بينما يرى آخرون أن المركزية هي الحل الوحيد للمشاكل الحالية القائمة في النظام. ويعتقد عدد من مقدمي المعلومات الرئيسيين أن إعادة تنظيم النظام ينبغي أن تعزز أهمية مرافق الرعاية الصحية الأولية، ويمكن أن يتمثل أحد النهج في إدخال طبيب الأسرة أو ممارس في الطب العام.

نحن ننفق 40% من ميزانيتنا على توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية. الناس يأتون مباشرة من الشارع إلى مركز الإحالة في المستوى الثالث. فلا وجود لنظام إحالة وظيفي. وإذا قامت مرافق الرعاية الصحية الأولية بدورها كحراس بوابات، يمكننا التحكم في إدارة ميزانيتنا بشكل أفضل. فنحن نتوفر على بنية تحتية أفضل على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ولدينا أكثر من 1400 مرفق في البلاد. كما نتوفر على بعض مرافق الرعاية الصحية الأخرى تتوزع ما بين مرافق الرعاية الأولية ومستشفيات الرعاية الثالثة. ولدينا العديد من المستشفيات العامة [6].
وإذا كانت الرعاية الأولية تعمل بشكل جيد، فالناس يلجؤون إليها. وإذا قمنا بتحسين مرافق الرعاية الصحية الأولية وصيانتها بفعالية، سيستخدم الناس مرافقها. وبالنسبة للمستوى الثانوي، يجب أن يكون لدينا رعاية صحية أولية جيدة لتطبيق نظام الإحالة. وإذا كان لدينا رعاية صحية أولية جيدة، ستتولد الثقة لدى الناس [7]. ونحن بحاجة إلى تثقيف الناس بشأن كيفية استخدام مرافق الرعاية الصحية في النظام الصحي الليبي. فهم يذهبون مباشرة إلى المستشفيات الجامعية دون التردد على مرافق الرعاية الصحية الأولية. إذ أنهم يعتقدون أن مرافق الرعاية الصحية الأولية تقوم فقط باللقاحات [9]. كما أننا نواجه مشكلة فيما يتعلق بفهم اللامركزية. فهي يجب أن تكون على مستوى تقديم الخدمات، وليس على مستوى الإدارة. وبسبب سوء الفهم هذ ، قام الناس بإنزاله إلى مستوى البلدية. وأعتقد أنهم لم يفهموا معنى اللامركزية [21]".

تم فتح باب النقاش حول نهج طب الأسرة كاستراتيجية لتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية، وللتعرف على المقاومة أو الملاءمة المحتملة لهذا النهج في ليبيا. وقد أيد العديد من مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه الفكرة وأوصى بعضهم بحلول لزيادة قبول هذا النهج.

"الناس ليسوا مرتبطين ارتباطا جيدا بالنظام الصحي، وليس هناك تطبيق لأي نهج يتعلق بطبيب الأسرة. وينبغي أن يكون طبيب الأسرة موجودا لربط الناس بالنظام الصحي [18]. وإن العيادات الشاملة وبعض مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCC) تقدم الرعاية الوقائية والخدمات العلاجية على حد سواء. وإذا وصلنا إلى إرساء طب الأسرة، فهذا سيكون نجاحا جيدا. يمكننا تقديم التدريب للممارسين في الطب العام على المدى القصير، على سبيل المثال ستة أشهر، لجعلهم يعملون كأطباء أسرة. وبهذا يمكننا بناء نظام لأطباء الأسرة. بحيث يعتبر هذا النظام حلا جيدا وسيساعد وزارة الصحة على تفعيل نظام الرعاية الصحية الأولية [7]. فهو مقبول وقابل للتنفيذ، ولكننا غير مستعدين. نحن بحاجة إلى ثلاث أو أربع سنوات لتطبيق نظام أطباء الأسرة. نحن بحاجة إلى قفزة كبيرة [10]. وأعتقد أن نفس النظام (كما هو الحال في تركيا) قد يكون مفيدا في ليبيا. لكننا بحاجة إلى أطباء الأسرة المدربين بدلا من الممارسين في الطب العام. نحن لا نتوفر على أطباء الأسرة. والممارسين في الطب العام في المناطق الريفية والنائية بحاجة إلى التدريب والدعم للعمل بنشاط على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ونحن بحاجة لتسويق هذا التخصص لجذب المزيد من الأطباء ليصبحوا أطباء أسرة. كما نحتاج إلى تثقيف الجمهور العام. وقد أرسلنا بعض الأطباء إلى مصر ليتم تدريبهم ليصبحوا أطباء أسرة. لكن عندما عادوا، لم يجدوا ملفات عائلية، ولا مناطق توظيف، ولا تسجيلات، ولا ممرضات مؤهلات. لذلك، ينبغي أن ندرس هذه التجربة الفاشلة في ليبيا [12]".

وفقا لمقدمي المعلومات الرئيسيين، تتمثل لمشاكل الهامة الأخرى التي تحول دون نجاح إعادة تنظيم النظام الصحي وتقديم الخدمات في مسائل الأمن، والوصول، ونقص الموارد، والمدفوعات المباشرة. وفيما يلي وصف لهذه القضايا عن لسانهم:

"بسبب الصراع وانعدام الأمن في ليبيا، غادر البلد عدد كبير من الموظفين الأجانب في مجال الصحة. فقد كانت الخدمات الصحية تقدم في السابق أساسا من طرف الممرضات الأجنبيات وغيرهن من الموظفين. وكل هذه المشاكل أغرقت النظام الصحي الليبي في أزمة [10]. لا يتمتع سكان المناطق النائية والريفية سوى بخيارات

قليلة [12]. وبعض المشاكل الحالية المتعلقة بنقص التغطية يتم إدارتها عبر أفرقة متنقلة وقوافل طبية لسد هذه الثغرات في تقديم الخدمات. بيد أن هذا ليس حلا مستداما. وتعتمد هذه الأنشطة حاليا على التبرعات. مع العلم أن زيادة الموارد من شأنه أن يحسن الأمور [14]. الناس ينخرطون في الممارسة بدون معايير موحدة. والأطباء يعتبرون أنفسهم إله [21]. والمدفوعات من الأموال الخاصة كانت متداولة لأن القطاع العام لم يتمكن من توفير رعاية صحية فعالة للمواطنين [17]".

القوى العاملة في مجال الصحة

لقد سجل أكثر من خمس الرموز الفرعية المتعلقة بمشاكل أو عقبات النظام الصحي الليبي في المجال العام للقوى العاملة في مجال الصحة. وتم ذكر أو تكرار الرموز المتعلقة بالقوى العاملة في مجال الصحة في 18 من أصل 24 وثيقة. وهذا يبين مستوى الأهمية التي يوليها مقدمي المعلومات الرئيسيين لقضايا القوى العاملة في مجال الصحة. وكما هو مبين في الجدول 25، تعتبر مسائل الحافز والدوافع التشجيعية وتدريب المهنيين في مجال الصحة وجودة التدريب، وسوء توزيع المهنيين في مجال الصحة أكثر المشاكل المذكورة أو المتكررة.

الجدول 25. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالقوى العاملة في مجال الصحة في ليبيا

القوى العاملة في مجال الصحة	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	115	**100.0**	
الدوافع والحوافز	25	21,7	14
تدريب الأطباء والممرضات، وجودة التدريب	23	20,0	11
الموارد البشرية - سوء التوزع	11	9,6	8
نظام الأجور	11	9,6	8
الدفع مقابل الأداء	10	8,7	7
كثرة الموظفين في مرافق الرعاية الصحية	9	7,8	6
الجودة	9	7,8	6
النقص	6	2.5	2
سوء الإدارة	4	3,5	4
التخطيط	4	3,5	3
القانون الطبي	3	6.2	1
الوثائق مع الرموز			18
الوثائق بدون رموز			6
وثائق تم تحليلها			24

ما قبل حقبة الصراع السياسي والاضطراب الاجتماعي، كان النظام الصحي الليبي يعتمد اعتمادا كبيرا على موظفي الرعاية الصحية الأجانب. فمعظم الممرضات في ليبيا كن من الأجانب من دول مثل بلغاريا وروسيا وجنوب شرق آسيا. وتشير المناقشات التي جرت أثناء المقابلات إلى أنه لا توجد مشكلة في عدد الأطباء والممرضين المتخرجين من المدارس الوطنية للطب أو التمريض. ولكن المشكلة هي أن هؤلاء الممرضات وخاصة الأطباء يغادرون البلد ويعملون في بلدان أخرى مثل أوروبا أو الولايات المتحدة بسبب الصراع أو الانتقال إلى بلدان أكثر تقدما في العالم. وأدى الصراع الذي اندلع في البلاد بعد عام 2011 إلى مغادرة موظفي الصحة الأجانب البلاد ليشهد النظام نقصا حادا في عدد الممرضات والأطباء المؤهلين.وللذكر، ثلث السكان الليبيين منخرطون بالعمل في القطاع العام كموظفين، وارتفاع مستوى العمالة في القطاع العام أثر أيضا على العمالة في القطاع الصحي. وعلى غرار القطاعات الحكومية الأخرى، فإن النظام الصحي الليبي يعاني أيضا من العمالة المفرطة.ويعتبر وجود عدد كبير من الموظفين، ولا سيما الموظفين الإداريين في مرافق الرعاية الصحية العامة، مصدرا لعدم الكفاءة ويقلل من مستوى الحوافز والدوافع التشجيعية. وقد تفاقم الوضع بالسماح للمرافق الصحية بتعيين موظفين في مجال الصحة على أساس تعاقدي. وبما أن مرتبات الموظفين المتعاقدين تدفع من قبل وزارة المالية، فإن حوافز توظيف موظفين إضافيين مرتفعة. ونظرا لعدم وجود تقييم موضوعي للأداء وتجديد جميع العقود تقريبا بصورة منتظمة، أدى نظام التوظيف اللامركزي هذا إلى زيادة كبيرة في عدم كفاءة النظام.

شكلت مسألة الحوافز والدوافع التشجيعية أكثر المشاكل المعلنة فيما يتعلق بالقوى العاملة في مجال الصحة في النظام الصحي. ويعتقد بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين أن دفع دخل إضافي، أو توفير استحقاقات هامشية لأسر مقدمي الرعاية الصحية، أو منع غيرهم من المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية من القيام بعمل الأطباء، أو توفير حوافز أخرى كان ضروريا لزيادة الدوافع التشجيعية للقوى العاملة في مجال الصحة في ليبيا. وعن لسانهم، وصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المسألة على النحو التالي:

> "إن النظام الصحي في ليبيا يعاني من مشكلة المخاطر المعنوية. فلدينا الكثير منها في النظام الصحي. وهي تكمن في سلوك الأطباء داخل عياداتهم. فهم لا يهتمون بعدد المرضى المعالجون. لأنهم لا يحصلون على دخل إضافي عندما يرتفع عدد المرضى [3]. والآن، الأطباء في المستشفيات يتعاملون مع حالات بسيطة جدا. لذلك، يجب أن يكون لديهم حوافز. فالأطباء في المدن الكبيرة لا يرغبون في الذهاب إلى أماكن أخرى. بحيث أنهم وأسرهم يعتبرون المرافق في المدن الكبرى جيدة. ويضعون أسرهم قبل عملهم. إن القوة الحالية ستنطوي على امرأة، فهناك الكثير من

العاملات في النظام الصحي الليبي. وهن في حاجة أيضا إلى حوافز [5]. .... ربما يعمل العاملون في مستشفيات الجامعية 60 ساعة في الأسبوع. لكنهم يحصلون على نفس الراتب. وليس لديهم أي حوافز أخرى. وهم يستحقون الاسترخاء أكثر [6]. وفي المنطقة الشرقية من البلد على مستوى القطاع الخاص، يعتبر المهنيون الصحيون الآخرون أطباء، ويقومون بأعمالهم، ويعملون كأطباء بنفس المرتبات، ولكنهم لا يتحملون نفس المسؤوليات [9]. والمشكلة ليست في البنية الأساسية، ولا المعدات، ولا الموظفين. المشكلة تتمثل في عدم وجود حوافز تشجيعية كافية. ومن الواضح أنه يلزم وضع أفكار وسياسات للاستفادة على أفضل وجه من الموارد المتاحة [15]".

تعتبر كفاءة الأطباء والمرضين وتدريب المهنيين في مجال الصحة من المسائل الأخرى التي كثيرا ما أشار إليها مقدمي المعلومات الرئيسيين. فحسب رأيهم، يعتبر كل من تدريب المرضين والممرضات في دورات قصيرة الأجل، وعدم تخطيط وتنسيق الأطباء في بعض التخصصات، وعدم تنظيم من يؤدون الوظائف الطبية، وجودة المدارس المهنية الصحية الأسباب الرئيسية لانخفاض كفاءة المهنيين في مجال الصحة وجودة مدارس الصحة في ليبيا.

"إذا أردت تصنيف المشاكل: 1.تشكل الموارد البشرية مشكلة من حيث التدريب، عدد الموظفين، الجودة... وأوافق تماما على أن أكثر من 80% إلى 90% من العاملين في مجال التمريض غير مؤهلين. فهم مدربون في دورات قصيرة جدا [2]. المرضين والممرضات فئة غير مؤهلة. هم مساعدون، يقومون بدور المرضين والممرضات [6]....ولكن بالنسبة لهذه الفئة، هناك مدارس مختلفة تتراوح مدة التدريب فيها ما بين 4 أشهر و 4 سنوات. وهناك مدارس في القطاعين الخاص والعام، تتميز بجودة منخفضة. والعديد من الأشخاص المتخرجون منها ليسوا بمهني تمريض حقيقيين [12]. وإن نظام تدريب المهنيين في مجال الصحة ونتائجه يتميزان بمستوى سيئ. وفي الواقع، الوضع غير فعال بالنسبة لقطاعات أخرى أيضا.فلا توجد خطة واضحة بشأن ما تحتاجه البلا ، ونوع الأخصائيين الذين نبحث عنهم، ونوع المعرفة التي نحتاج إلى تزويد مؤسساتنا بها [8]. هناك تقنيون طبيون يعاملون كأطباء.ولكن تعليمهم ليس في إطار الطب [9]. وفي الوقت الراهن، لا توجد استراتيجية تدريب خاصة لسد الثغرات في كفاءات بعض مهارات الموارد البشرية التي هي في الحقيقة لازمة لتحقيق الأداء الأمثل في تقديم الخدمات [15].وبسبب العدد الكبير من المدارس الطبية والمساعدين، انخفضت نوعية التعليم الطبي في السنوات 20

الماضية. ووفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية، ينبغي أن يكون في ليبيا 6 كليات طبية. ولكن لدينا 12 وهو أكثر من الضروري [9]".

على الرغم من أن القوى العاملة في مجال الصحة لكل 1.000 نسمة في ليبيا أعلى من معايير منظمة الصحة العالمية، فإن جودتها وتوزيعها في البلد شكلا محور المناقشات التي دارت أثناء المقابلات. وبما أن عدد سكان ليبيا قليل نسبيا ومتناثر على نطاق واسع، فقد اعتبر التوزيع العادل للقوى العاملة في مجال الصحة مشكلة. وبالإضافة إلى ذلك، أدى تشتت السكان، والصراعات والحروب، وإغراء المدن الكبيرة، وإدارة الموارد البشرية غير الملائمة، إلى سوء توزيع القوى العاملة في مجال الصحة. ووصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المسألة باستخدام البيانات التالية:

"هناك مشكلة هامة أخرى تتعلق بمسألة الموارد البشرية. وتتمثل في سوء التوزيع. فأماكن العمل السهلة الوصول، والأقسام التي لا تكون مضغوطة من حيث الطلب على الخدمات تعاني من الأعداد المفرطة لمرضين وللممرضات. وهناك حاجز آخر على مستوى الرعاية الصحية الأولية، إذ أن مرافق هذه الأخيرة تجذب الكثير من موظفي الرعاية الصحية العاملة في الرعاية الثانوية. فهي تقدم لهم فرص العمل في بيئة منخفضة الضغط، وساعات عمل قصيرة جدا بنفس الراتب. ولهذا السبب، غادر مرافق الرعاية الثانوية عدد كبير من المهنيين في مجال الصحة [2]. وبعد مغادرة الموارد البشرية الأجنبية في مجال الصحة، لا سيما في المناطق الجنوبية والريفية، لم يتبقى سوى عدد قليل من الأطباء والممرضين في المرافق الصحية [6,7]. وهناك نقص في بعض المناطق لأسباب أمنية. على سبيل المثال، لم تكن تتوفر مستشفى سعتها أكثر من 200 سرير تتواجد في إحدى مدن الجنوب على أي طبيب لفترة امتدت لسبع سنوات [9]. وإذا تحدثنا عن الأرقام، فلننظر إلى العاملين الأساسيين في مجال الصحة (وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية) فلدينا 76 عاملا لكل 1000 نسمة، وهو أعلى من توصيات منظمة الصحة العالمية. ولكن المشكلة هي أن معظم العمال يتمركزون في المدن الكبرى، ما يجعل التوزيع غير جيد [12]. ومهام الموارد البشرية مجزأة على جميع المستويات. لهذا السبب، لدينا مشكلة مع التخطيط والتوزيع والجوانب الأخرى المتعلقة بإدارة الموارد البشرية في ليبيا [21]. "

أشار مقدمي المعلومات الرئيسيين إلى عدم كفاية حزم المرتبات، وتغيب مقدمي الرعاية الصحية، وعدم تقييم أداء موظفي الرعاية الصحية.

"لدينا مشكلة في العمالة المفرطة في وزارة الصحة، اتي تتلقى رواتبها من وزارة المالية. وإذا غيرنا هذا الوضع، هؤلاء الناس غير الأكفاء سيفقدون وظائفهم، وستتولد مشكلة أخرى. في الحقيقة، من شأنك حل مشكلة، ولكنك ستسبب في أخرى. فالأمر يتطلب حكومة قوية جدا لدعم إصلاحات الرعاية الصحية التي يمكن أن تخلق مشاكل أخرى [10]. ويتقاضى المهنيون الصحيون رواتبهم على المستوى المركزي من وزارة الصحة ووزارة المالية. وبالتالي،ا فإن هذه المؤسسات (مرافق الصحة العامة) تعاني من الاكتظاظ المفرط، ولا تقدم خدمات جيدة على الإطلاق [22]. ولقد واجهنا مشاكل في الموارد البشرية ودفع المرتبات خلال فترة الكورونا. ... لدينا أشخاص يعملون لكنهم لا يحصلون على رواتبهم في الوقت المحدد. ومعدل الشغل أقل من 50%. وهذا ليس راجع لنقص المرضى. ...... لا وجود لضمانات تكفل أنك ستتقاضى أجرك [2]. ولا يوجد استعراض سنوي للأداء [21]. الآن، جميع الناس الذين يعملون لدى وزارة الصحة متعاقدين. ولا أحد يتلقى ملاحظات أو تعليقات بخصوص جودة عمله. أنت بحاجة للذهاب إلى البيت. وعليك القيام بذلك [7]".

وأوصى بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين بأن نظام الأجر مقابل الأداء في مرافق الرعاية الصحية يمكن أن يكون مفيدا في تحقيق نتائج جيدة عن طريق زيادة كفاءة القوى العاملة الصحية في ليبيا وتحفيزها. وذكروا في تعليقاتهم:

"..... لذا، تمكنا من القيام بذلك بتمويل مستقل. ويأتي التمويل من وزارة الصحة أو التأمين الصحي الوطني. لقد تمكنا من إبقاء الأخصائيين في مستشفياتهم، ويحصلون على رواتبهم إذا ما عملوا حتى الثانية مساء. وإذا عملوا بعد الساعة الثانية بعد الظهر، وفي عطل نهاية الأسبوع أو العطل الرسمية، فهم يتقاضون تعويضا عن ذلك. فقد تمكنا من دفع أموال أكثر لهم، كانت بمثابة حوافز تشجيعية. فأغلقوا العيادات الخاصة، وعادوا للعمل في المستشفيات الجامعية. وهذا، يعتبر تجربة ناجحة. وقد طلبت مواصلة هذا الإجراء، وما زلنا نتفاوض مع هذه الشركات لتجديد عقودها. ...... هذا الإجراء يكلفنا أقل من القطاع الخاص. بحيث يمكن للأطباء الحصول على أموال أكثر. وبالإظافة إلى ذلك، تلجأ الممرضات إلينا للعمل في المستشفيات الجامعية [6]. "الأجر مقابل الأداء" موضوع أطروحتي في جامعة ليفربول للحصول على درجة الماجستير. ووفقا لهذه الأطروحة، الأجر مقابل الأداء إجراء واعد فيما يتعلق بتحسين أداء الأطباء في ليبيا [18]".

أشار العديد من المشاركين في البحث النوعي إلى وجود عدد هائل من العاملين في النظام الصحي في ليبيا. وذكر كثيرون أيضا أنه لا يوجد عدد كبير جدا من الأطباء والممرضين المؤهلين، ولكن شكواهم الرئيسية هي عدد الموظفين الإداريين والممرضين غير المؤهلين. وقد وصفوا هذه المسألة على النحو التالي:

"إذا أخذنا في الاعتبار جميع أنواع موظفي الرعاية الصحية في النظام الصحي العام، فمن الصحيح تماما القول أن لدينا موظفين أكثر بكثير مما هو ضروري [2]. لقد زرت مركزا للرعاية الصحية الأولية قبل ثلاث سنوات فقط، ولم يكن هناك سوى غرفتين للفحص، مختبرات صغيرة ومطبخ. ولكنه يضم في بنيته 300 موظف، منهم 36 طبيب أسنان، و 34 مساعد. لم يكن هناك كراسي. ويعملون فقط أربع ساعات في الأسبوع، بمعدل مرة واحدة في الأسبوع أو نصف يوم [6]. نعاني من مشكلة الفساد في وزارة الصحة. فهناك الكثير من الموظفين، لكنهم لا يفعلون شيئا [7]. وهذا يشكل مشكلة العمالة المفرطة. لا توجد مشكلة مع الممرضات والأطباء الذين نحتاجهم لتقديم الخدمات، ولكن هناك مشكلة في العدد الهائل من الموظفين العاملين في المناصب الإدارية. فنحن لسنا بحاجة إلى الكثير منهم [10]".

لقد شكل كل من نقص القوى العاملة وسوء إدارتها في مجال الصحة والقانون الطبي والتخطيط المسائل الأخرى التي أشار إليها مقدمي المعلومات الرئيسيين باعتبارها مشاكل هامة تواجه النظام الصحي الليبي. ووفقا لهم، هناك حاجة لتغيير القانون الطبي في ليبيا. كما أشار مشاركون آخرون إلى هذه المسألة. ومن الواضح أيضا أن مهام إدارة الموارد البشرية تضطلع بها وزارات وإدارات منفصلة بطريقة غير منسقة، مما يسبب الكثير من المشاكل. وقد يكون من الأفضل أن تقوم دائرة مركزية للموارد البشرية تابعة لوزارة الصحة بالتنسيق مع وزارتي التخطيط والمالية، بعمليات الاختيار والتدريب وتقييم الاحتياجات والتوظيف وتجديد العقود. وقد أشار مقدمي المعلومات أيضا إلى حقيقة أخرى تتمثل في اختيار مديري مرافق الرعاية الصحية.فينبغي أن يستند الاختيار إلى مؤهلات وكفاءات المديرين وليس إلى صلاتهم وأقاربهم. ولهذا السبب، ينبغي تعليم مديري الصحة الفنيين وتدريبهم في الجامعات في إطار تخصص مستقل حول الإدارة. وقد وصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المسائل بالعبارات التالية:

"عدد الأطباء والممرضين المتخصصين محدود [7]. وقد يكون هناك بعض النقص في بعض المناطق الجغرافية وفي بعض المجالات.وتعاني بعض التخصصات من قلة

الإمداد، مثل العلاج الإشعاعي والتخدير وجراحة الأعصاب [15]. ولا توجد بيانات حقيقية عن الموارد البشرية الصحية التي تبين المكان حيث نحتاج إلى سد الثغرات [8]. ولدينا مشكلتين رئيسيتين مع الموارد البشرية. نحن لا نرصد عدد الأشخاص الذي نحتاجهم، وأين يجب تعيينهم، وما هو تخصصهم. والتعليم الطبي يركز على القبول والتدريس والتخرج. وهم غير موجه للاهتمام بالعديد من الجوانب الهامةالمتعلقة بالموارد البشرية مثل احتياجاتهم وما إلى ذلك [11]. ولم يتغير القانون الطبي أو قانون الصحة العامة منذ الحرب. بحيث لا يسمح القانون الطبي الأصلي للأطباء بمعالجة المرضى أو فحصهم. ولا يسمح حتى بأخذ عينة من المرضى للفحص. ولكنهم أصروا على أداء هذه المهام [9]. ومن ناحية أخرى، لا توجد ثقة في القطاع العام. والسبب هو أنهم عملوا طوال السنوات الـ30 الماضية فقط لمصلحتهم. وهذا مانطوت عليه عقلية القطاع العام. ...والمشكلة هنا في ليبيا هي القادة. وأولئك الذين لا يعملون هم الأكثر فسادا. فإذا لم يعملوا، سينصبون مراكز الإدارة [1]".

وقد سرد أحد مقدمي المعلومات الرئيسيين العديد من المشاكل فيما يتعلق بالقوى العاملة في مجال الصحة في ليبيا. وتشمل هذه:نقص المهام والمؤهلات والأهلية المحددة سلفا؛ والافتقار إلى الخطط التي تحدد الاحتياجات والنتائج في المستقبل؛ وعدم كفاية برامج التدريب والمبادرات البحثية؛ وانعدام الوعي بالتكنولوجيا والإجراءات والتقنيات الجديدة الناشئة؛ والافتقار إلى الهياكل الأساسية لإيواء الأطباء وغيرهم من المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية. ويوصي مقدم المعلومات الرئيسي هذا بتوفير التدريب الكافي والمستمر لمعالجة العديد من هذه المسائل.

الإمدادات والتكنولوجيا الطبية

تتمثل اللبنة الخامسة للنظام الصحي في الإمدادات والتكنولوجيا الطبية، ويتوقع من النظام الصحي الفعال كفالة الوصول العادل إلى المنتجات الطبية الأساسية واللقاحات والتكنولوجيا المضمونة الجودة والسلامة والكفاءة والفعالية من حيث التكلفة. وخلال المقابلات التي أجريت مع مقدمي المعلومات الرئيسيين، نوقشت جميع هذه الجوانب المختلفة للمنتجات والتكنولوجيا الطبية. وكما هو مبين في الجدول 26، يعتبر هذا الجانب إشكاليا للغاية. كما تشير المواضيع الأربعة الأكثر شيوعا إلى أن الفساد والقرارات غير العقلانية والأنظمة تؤثر سلبا على النظام الصحي برمته لأن المنتجات والتكنولوجيا الطبية ضرورية لعمل النظام الصحي بشكل جيد.

الجدول 26. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالمنتجات والتكنولوجيا الطبية

المنتجات والتكنولوجيا الطبية	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	85	100.0	
الفساد	16	18.8	9
التنظيم والصيانة وسلسلة الإمداد	11	12.9	6
التوزيع المركزي من قبل وزارة الصحة والقرارات غير الرشيدة	11	12.9	7
التوريد	10	11.8	6
التسجيل	6	7.1	3
التوافر والقائمة الإيجابية	6	7.1	5
تحديد الأسعار واسترداد التكاليف	6	7.1	3
الصيدليات والشركات الخاصة	5	5.9	4
الأدوية الأساسية	4	4.7	3
الأدوية الجنيسة	3	3.5	2
التوزيع	2	5.2	1
التشريعات	1	2.1	1
الإنتاج المحلي	1	2.1	1
الاستعمال العقلاني للأدوية	1	2.1	1
الإنفاق على الأدوية	1	2.1	1
الأدوية المصدرة	1	2.1	1
الوثائق مع الرموز			14
الوثائق بدون رموز			10
وثائق تم تحليلها			24

يعتبر الفساد أكثر المسائل التي كثر ذكرها أو تكرارها فيما يتعلق بجانب المنتجات والتكنولوجيا الطبية. ويحدد المشاركون في البحوث النوعية عملية توريد وشراء المنتجات والتكنولوجيا الطبية باعتبارها مصدرا للفساد، وعادة ما يلقون باللائمة على منظمة الإمدادات الطبية، المسؤولة عن تخطيط الاحتياجات، وشراء وتخزين وتوزيع كل المنتجات والتكنولوجيا الطبية التي تحتاجها مرافق الرعاية الصحية العامة على كافة المستويات. ويصف مقدمي المعلومات هذه المسألة على النحو التالي:

"هناك الكثير من الفساد. وإذا تحدثت إلى الناس في القطاع العام أو وزارة الصحة، فإنهم يهتمون بالمعايير العالية، ويريدون شراء آلات جديدة، ولكن 90% منها لا تعمل. وهذه حقيقة عدم الكفاءة. هناك الكثير من الثغرات في القطاع العام. يبلغ عدد السكان 7 ملايين نسمة فقط. وهو عدد يمكن إدارته بسهولة. ولكن هناك مشكلة الفساد في مكان ما. أنا لا أعرف أين. هناك الكثير من العقاب. ولكنه دائما يتعلق بحالة معينة [1]. وهناك أيضا الكثير من الفساد. فالآلات بدون مواد

استهلاكية، كأنهم لا يملكون شيئا [2].وذلك بسبب قضية الفساد وإساءة استخدام المواد (الكثير من الإمدادات) الموزعة في ليبيا ثم المهربة إلى تونس. فهي تستخدم في السوق السوداء في ليبيا في الشركات الخاصة. نعم، الفساد مشكلة كبيرة جدا. وهيكل وزارة الصحة لا يتصل مباشرة بمكتب الإمدادات الطبية.ولدينا عدد من المنظمات إحداها هي منظمة الإمدادت الطبية التي يفترض أن تكون خاضعة لوزارة الصحة ولكنها ليست كذلك في الواقع. وكثيرا ما تكون نفوذه (الوزير) ضعيفة للغاية. ولهذا السبب تعاني من الفساد [3]"

ووفقا لآراء مقدمي المعلومات الرئيسيين، فإن "التنظيم والصيانة وسلسلة الإمداد" هي ثاني أكثر المسائل التي كثر ذكرها في إطار تحسين الإمدادات والتكنولوجيا الطبية. وترتبط هذه المسألة ارتباطا وثيقا بمسألة التوزيع المركزي والقرارات غير العقلانية التي تتخذها وزارة الصحة.وقد تم ترميز هذه المسائل على أنها مواضيع منفصلة لأن المشاركين قضوا وقتا طويلا في بيان أهمية معالجة هذه المسائل. ويرى مقدمي المعلومات الرئيسيين أن وزارة المالية كثيرا ما تتخذ قرارات غير عقلانية لأن تلك الإدارة مهتمة بشراء المنتجات والتكنولوجيا، ولكنها غير مهتمة بالحفاظ على المنتجات المشتراة عن طريق توريد المواد الاستهلاكية الضرورية الأخرى واستخدام الموظفين أو تدريبهم على إدارة هذه التكنولوجيا. كما أن سلاسل التخزين والتبريد لحماية الأدوية والعقاقير مثل اللقاحات محدودة. وعن لسانهم، وصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه القضايا على النحو التالي:

"تعتبر الصيانة مشكلة أخرى. ولا يبدو أن وزارة الصحة هي مفتاح التعاقد على الصيانة. وليس الأمر دوريا بالضرورة؛ فهو عشوائي جدا. وهناك الكثير من حالات التوقف والانقطاع في الخدمات [2]. فعلى سبيل المثال، يحظر على أي شخص الحصول على أدوية معينة أو استيرادها، باستثناء منظمة الإمدادات الطبية. ومن الأمثلة على ذلك الأنسولين وغيره من الأدوية. فالعديد من الناس لا يستطيعون الحصول على الأنسولين. وهو رخيص ومتاح في السوق الخاصة [3]. وإن سلسلة التوريد في ليبيا لن تختفي، نظرا لعدم كفاية التشريعات والأنظمة، وفرصة الحصول على موظفين مدربين تدريبا جيد ، وفرصة الحصول على مرافق مثل المخازن الطبية والمخازن الطبية المعيارية. فلا وجود لمخازن طبية معيارية في طرابلس، بل إنهم يستأجرونها. والمشكلة هي مخازن سلسلة التبريد للقاحات وغيرها من الأدوية والمستحضرات الصيدلانية [4]. فقد تقرر شراء آلة باهظة الثمن لـ50 خبير، باهظة الثمن جدا على المدى الطويل بالنسبة لدولة مدمرة مثل ليبيا. ولكن ليس لدينا أشخاص مؤهلين لاستخدام هذه الآلات. كما أننا بحاجة إلى نظام لإدارة الجودة في مختبراتنا [11]. فلقد ركزوا على الرعاية الأكثر تكلفة، التي لا يمكن

للسكان تحملها. وركزوا على الرعاية المتخصصة بدلا من الأدوية الأساسية. وهذه ليست السياسة الصحيحة. يجب تغييرها. إنهم بحاجة إلى تطوير المزيد من الأدوية الأساسية [12].ولا يوجد مختبر مركزي يمكنه تقييم فعالية الأدوية. فالنقل، وسوء التخزين، ومصدر الأدوية، إلخ... تمثفل كلها عوامل يمكن أن تسهم في مشكلة المنتجات غير المستوفية للمعايير والمزيفة. وبالإضافة إلى ذلك، لا توجد رقابة على العقاقير في السوق [13]".

وقد ذُكرت خلال المناقشات بعض الأمثلة على المشاكل الناجمة عن التوزيع المركزي والقرارات غير العقلانية التي اتخذتها وزارة الصحة.

"هناك دائما نقص في المرافق، وغالبا ما يتم شراء الآلات عير المناسبة للأغراض عير المناسبة لمجرد أن وزارة الصحة تعتقد أن مستشفياتنا بحاجة إليها، ولكن هذا ليس بالضرورة. إن المواد الاستهلاكية ظاهرة غريبة حقا هنا في ليبيا: أي آلة تشتريها تأتي مع إمدادات لمدة ثلاثة أشهر، وعندما تنفد المواد الاستهلاكية، يستغرق الأمر وقتا طويلا لشراء المزيد منها. وخلال هذا الوقت، لا تتوفر الآلات لتقديم الخدمات [2]. وهناك مبلغ كبير آخر من الأموال، يزيد على بليون دولار، تهدره منظمات الإمدادات الطبية. وتعمل المنظمة كطرف ثالث يقوم بشراء وتوزيع الأدوية لليبيا. وللأسف، لا تخضع هذه العملية للرصد والإشراف الكافيين. وهناك الكثير من التبذير على هذا المستوى [3].ولدينا مشكلة أخرى مع الإمدادات الطبية. فهي في أيدي وزارة الصحة.وهناك مؤسسة منفصلة تحت إشراف وزارة الصحة تجلب جميع الأدوية والعقاقير إلى البلاد. واللوازم الطبية لا توزع على أساس الحاجة، ولكن على أساس الأرقام، على أساس نسبة مئوية. وليس لدينا لوازم ومعدات منتظمة [6]. ما يجعل الإمدادات الطبية مشكلة أخرى في ليبيا. لدينا إدارة، تسمى إدارة الإمدادات، المسؤولة عن استيراد وتوزيع الأدوية في جميع أنحاء البلاد. وعملية شراء الأدوية عملية بيروقراطية جدا وتستغرق وقتا طويلا لاستكمالها. فلا يمكنك تخيل ما يحدث. ولن توزع المنتجات بالطريقة الصحيحة [10]".

تقوم إدارة المشتريات بإدارة عملية الشراء. وهذا القسم يخطط ويشتري جميع الأدوية واللوازم الطبية.وينظر العديد من مقدمي المعلومات الرئيسيين إلى عملية الشراء باعتبارها مشكلة كبيرة؛ وهم يعتقدون أن العملية إما فاسدة أو تستغرق وقتا طويلا لشراء المواد بسبب الإجراءات البيروقراطية. وكثيرا ما تتم عمليات الشراء دون مراعاة للاحتياجات. كما يشجع عدم وجود مبادئ توجيهية مناسبة

على شراء معدات باهظة الثمن عندما تكون المعدات الأقل تكلفة كافية للبلد. ومن الأمثلة على هذه المسألة، ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين ما يلي:

"ولكن، على بعد بضعة كيلومترات فقط، قررت وزارة الصحة تركيب آلة تصوير مقطعي جديدة في مرفق للرعاية الصحية الأولية أو في مجمع، فقط بسبب الضغط الذي يضعه الناس على وزارة الصحة لتركيب هذه الآلة. لذلك، تم تركيب ألي التصوير المقطعي في المكان الخطأ، في الوقت الخطأ، وبالإشارة الخاطئة. وهذا لا يستند إلى احتياجات المرضى، بل يستند أساسا إلى قرارات سياسية وليست عقلانية [2]. وللأسف، لم يكن هناك أي مناقطة منذ عام 2009. وقد حاولت وزارة الصحة توفير الأدوية والأجهزة الطبية من خلال مشتريات عرضية، تمت من خلال طلبات مباشرة. وكما تعلمون، فإن أفضل إجراء لتوفير الأدوية والأجهزة الطبية هو المناقصات المفتوحة [4]. والتشريعات التنفيذية التي تنظم عملية الشراء تعني من القصور. ولا توجد استراتيجية عامة موحدة ولا مبادئ توجيهية تنظم هذه العمليات. فلا وجود لممارسة أي سلطة تفاوضية عند شراء العقاقير من خارج البلد [13]، ولا جدوى من المشتريات التي كثيرا ما توجه إلى المعدات الباهظة التكلفة [14]".

ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أيضا أن هناك بعض المحاولات لمعالجة هذه المسائل في الماضي، لم تكلل بالنجاح. فقد فشلت هذه المحاولات في تغيير الطريقة التي تتم بها الأمور في إطار منظمة الإمدادات الطبية.ويعتقد بعضهم أن جعل مرافق الرعاية الصحية أكثر استقلالية بتمكينها من تخطيط احتياجاتها وشراء معداتها وأدويتها قد يكون مفيدا في الحد من الفساد وزيادة الكفاءة، في حين يوصي آخرون بإدخال تغييرات على طريقة شراء المنتجات والتكنولوجيا الطبية. وقُدم اقتراح بالتعاقد مباشرة مع المورّدين بدلا من المرور عبر منظمة الإمدادات الطبية.

"تعتبر عملية الشراء مشكلة، إذ واجهت العديد من المشاكل في هذا المجال. فإذا كنت تحاول بيع دواء أو جهاز معين في ليبيا، يتعين أن يكون لديك ممثل في ليبيا. وهناك مكتب تحت إشراف وزارة الصحة (مكتب الإمدادات الطبية)، يجب إيقاف عمله. أعتقد أن وزارة الصحة يمكن أن تذهب مباشرة إلى الشركات الكبرى لإبرام عقود بشأن الإمدادات. بحيث من شأن هذا الإجراء أن يوفر الكثير من المال ويقلل من الفساد. فالمشتريات هي واحدة من أكثر الإدارات فسادا في وزارة الصحة. وأعتقد أنه يجب إلغاء عملها. ويتعين على وزارة الصحة أن تنظم وظائف الشراء هذه. كما ينبغي تحديد هوية الأشخاص المتورطين بالفساد ومعاقبتهم وإفشائهم

للرأ] العام...... وإن الطابع المركزي يزيد من مظاهر الفساد. ولقد كنت شاهدا على كثير منها. أعتقد أنه يجب القضاء على المركزية بشكل نهائي. ومن الضروري ألا تكون وزارة الصحة سوى هيئة تنظيمية تضع الاستراتيجيات والخطط. ولكن شراء المعدات والأدوية وغيرها من الأمور يجب أن يتم محليا. ويجب منح الاستقلالية الذاتية للمستشفيات والمؤسسات الصحية. كما يجب علينا أن نعطيها المسؤولية المالية. وينبغي لها أن تحدد احتياجاتها. ولكن كل شيء يجب تنظيمه [5]. عندما اشترينا بعض المعدات للمستشفى لجراحة القلب، وقّعت الوثائق ذات الصلة، ولكن 50.000 عنصرا لم يتم تسليمها. وقد تحدثت مع المدير قائلا: "لقد أنفقنا الكثير من المال على هذه المعدات. ونحتاج إليها للبدء في تقديم الخدمات". وأجا قائلا: "لا، لا. أولا يتعين عليناااللجوء إلى منظمة الإمدادات الطبية". فهذه المؤسسة منظمة ضخمة تماما [3]".

شكل كل من التسجيل وتحديد الأسعار والسداد وتوافر العقاقير مسائل أخرى نوقشت أساسا في المقابلات. وذكر أهم مقدمي المعلومات أنه لا توجد عملية تسجيل سليمة، ولا إدارة مسؤولة عن تحديد أسعار المنتجات والعقاقير الطبية، ولا طريقة مناسبة لسداد التكاليف، وأن هناك مشاكل في الحصول على بعض الأدوية والعقاقير في النظام الصحي الليبي.

"نحن لا نسجل المستحضرات الصيدلانية أو الأجهزة الطبية.وكان آخر تسجيل للمنتجات الصيدلانية عام 1995. ومنذ ذلك الحين، لا نسجل الأدوية في ليبيا. وأهم عنصرين للتسجيل هما الجودة والمصدر، والسعر المعقول. وحتى لو طرحنا عطاءات مفتوحة، فإننا متأكدون من أننا لن نحصل على أسعار حقيقية.لأننا لا نسجل الأدوية والأجهزة الطبية في إدارة الصيدلة والأجهزة الطبية. وليس لدينا قسم لتحديد أسعار الأدوية. فقد حاولنا إنشاء قسم بهذا الشأن،و لكننا لم نكلل بالنجاح. لدى جميع البلدان إدارة مختصة بتحديد أسعار المستحضرات الصيدلانية [4].وهناك معايير معينة يجب استيفاؤها لاستيراد العقاقير. كما يجب تسجيلها. وهناك إجراءات نشطة لتسجيل نماذج الجرعات الطبية منذ عام 1983. ومع ذلك، لا يوجد تسجيل للعقاقير منذ عام 1995، ولا يوجد سوى تسجيل للمصانع. كما أن قواعد ممارسات التصنيع الجيدة إلزامية [13]".

تحديد الأسعار مسألة رئيسية نظرا لعدم وجود إدارة مسؤولة عنها.ولا تزال هذه العملية غير واضحة. ويصف مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المسألة على النحو التالي:

"وزارة الاقتصاد هي المسؤولة عن تحديد أسعار الأدوية.ووزارة الصحة مسؤولة أيضا عن هذه العملية، ولا سيما تسجيل المستحضرات الصيدلانية والأجهزة الطبية. وما تفعله وزارة الاقتصاد هو إضافة التكلفة الزائدة. إذ تحسب تكلفة الدواء المستورد وتطبق هامش ربح بنسبة 20%. ولكن الصيدليات لصيدليات المجتمع لا تطبق هذه القاعدة والجميع يبيع ما يريده كما يشاء. وبإمكانك أن تجد أسعارا مختلفة تتراوح بين 20% و50% من صيدلية إلى أخرى [4]. ولا توجد وحدة/إدارة معنية بتحديد الأسعار للأدوية في ليبيا. فلدى وزارة الاقتصاد دور لتضطلع به، ولكنه محدود. وبالمقارنة مع البلدان المجاورة، فإن أسعار الأدوية في ليبيا مرتفعة [13]".

تنفق الحكومة الليبية مبالغ كبيرة من المال على المنتجات والتكنولوجيا الطبية. واستنادا إلى آراء المشاركين في البحوث النوعية، فإن توافق الآراء تركز على أن السياسات الصحية أو صناع القرارات يفضلون إنفاق الأموال على معدات جديدة أو أدوية تحمل اسم علامة تجارية التي تكون عموما أكثر تكلفة من الأدوية الجنيسة. وتطالب الحكومة الليبية الموردين الطبيين ومصنعي المستحضرات الصيدلانية بالتسجيل في ليبيا. ويتعين على جميع المصنعين تسجيل جميع مرافق التصنيع الموجودة في بلدان مختلفة حتى وإن كانت مملوكة لنفس الشركة. وقبل إبرام أو توقيع عقد لشراء العقاقير أو الأجهزة، يزور المسؤولون الليبيون مرافق التصنيع للتأكد من أنها تفي بمتطلبات ممارسات التصنيع الجيدة (GMP). وعلى الرغم من أن السلطات تدرك أن العديد من البلدان المجاورة وبلدان الشرق الأوسط والكاريبي تستخدم سياسة الأدوية الجنيسة لخفض تكلفة الدواء واستخدام الموارد المالية بشكل أكثر كفاءة، فإن ليبيا تصر على الاستمرار في شراء الأدوية الموسومة. وقد انتقد العديد من مقدمي المعلومات الرئيسيين هذه المسألة باعتبارها مصدرا للفساد. ووصفوا هذه المسألة، على حد تعبيرهم، كما يلي:

"من قبل، معظم أدويتنا كانت جنيسة. أما الآن فهي موسومة، أصلية. وهذا حدث في السنوات الخمس الماضية. فهناك فكرة مفادها أن الدواء الجنيس ليس بنفس نوعية المنتجات الأصلية. ويرجع ذلك إلى أن الشركات تستورد الأدوية من منتجي الأدوية الأصليين [4]. وفي المناقصة الأخيرة، كان هناك بعض الأدوية الجنيسة، التي انتقدها مكتب المحاسبة. وهناك تأثير سلبي للشركات الخاصة على العقاقير التي لا تحمل علامة تجارية. ويلزم اتخاذ المزيد من التدابير لاختبار العقاقير ومراقبتها. وإن الحرب القائمة بين الشركات تساهم أيضا في إحداث آثار سلبية على صورة العقاقير الجنيسة لدى الجمهور العام. كما أن سمعة بعض الأدوية المستوردة من

دول مثل مصر وتركيا والهند ليست جيدة. وقد يرجع ذلك إلى السلامة والأمن، وعدم وجود نظام لاستيراد العقاقير. ولا وجود لإنتاج محلي للعقاقير [13]".

لدى ليبيا قائمة مستكملة بالأدوية الأساسية، ويتم شراء هذه الأدوية وتخزينها وتوزيعها مركزيا من قبل منظمة الإمدادات الطبية.وتقوم الصيدليات الموجودة في مرافق الرعاية الصحية العامة بتوزيع هذه الأدوية على المرضى. ورغم ذلك، أشار العديد من المشاركين في الدراسة إلى أن المرافق الصحية تفتقر إلى الأدوية الأساسية، وأن مستخدمي المرافق الصحية العامة عادة ما يشترون أدويتهم الموصوفة من الصيدليات الخاصة عن طريق الدفع من أموالهم الخاصة، حتى وإن كان من المفترض أن تكون الأدوية مجانية للمستخدمين عند وصولهم إلى المرافق الصحية العامة. ويجعل الافتقار إلى المخازن المناسبة وسلسلة التبريد، وبطء عملية الشراء بسبب الضوابط البيروقراطية، والمشاكل المماثلة في سلسلة الإمدادات الطبية النظام الصحي غير فعال وغير كفء.

"لدينا قائمة الأدوية الأساسية التي يتم تحديثها كل سنتين من حيث الإدراج أو الاستبعاد. وأي دواء ليس مذكورا على القائمة، لا يمكن استيراده. ولكن وزارة الصحة تقبل بالأدوية اليتيمة [4]. فقد ركزت (منظمة الإمدادات الطبية) على الأدوية الأكثر تكلفة والتي لم تكن في متناول السكان. وركزت على الرعاية المتخصصة بدلا من الأدوية الأساسية. وهذه ليست بالسياسة الصحيحة. إنها بحاجة للتغيير. إنها بحاجة إلى تطوير المزيد من الأدوية الأساسية [12]. وبالإضافة إلى ذلك، هناك أسباب جذرية معينة لعدم امتلاك العقاقير الأساسية. وهناك قائمة بالأدوية المعتمدة.كما أن للشركات الخاصة تداعيات ضارة لها تأثيرات سلبية قوية. ولم يتم بعد إقرار قائمة العقاقير الأساسية بسبب هذه التأثيرات. وتقوم منظمة الصحة العالمية بسد ثغرة الأدوية اللازمة من خلال الهبات والدعم، بينما تكفل اليونيسيف توافر اللقاحات [14].

من الضروري أيضا الإشارة إلى أن القانون الطبي الذي ينظم قطاع المستحضرات الصيدلانية قديم جدا ويحتاج إلى تحديث. وتؤثر هذه المسألة على جوانب أخرى من المنتجات والتكنولوجيا الطبية في ليبيا، مثل الاستخدام الرشيد للعقاقير.

"لدينا سياستنا الصيدلانية الوطنية المصممة خصيصا والتي تتألف من 17 عنصرا. العنصر الأول هو التشريع والتنظيم. فلمدة 30 عاما، كنا نحاول تكييف مشروع قانون الأدوية وقانون مهنة الصيدلة. ولكنه لا يزال مشروعا فقط. ونحن نتعامل مع مشروع قانون العقاقير الذي صدر عام 1973. ولأكثر من 40 أو 45

سنة لم يتم تغيره. لدينا سياستنا الدوائية الوطنية وأحد عناصرها هو الاستخدام الرشيد للأدوية..... ولا توجد مبادئ توجيهية معيارية للعلاج... ففي العام الماضي كان لدينا بعض المبادئ التوجيهية لبعض الأمراض المزمنة. وفي صيدليات المجتمع، تزود جميع الأدوية دون وصفة طبية. فلا حاجة هذه الأخيرة. كما يمكنك الحصول على أي دواء بدونها [4]".

نظام المعلومات الصحية

يضمن نظام المعلومات الصحية (HIS) إنتاج وتحليل ونشر واستخدام معلومات موثوقة وفي الوقت المناسب عن المحددات الصحية وأداء النظام الصحي والوضع في مجال الصحة لاتخاذ قرارات سليمة.ويقدم هذا النظام الدليل على اتخاذ قرارات أفضل.

أشار المشاركون في البحوث النوعية إلى أربعة عناصر هامة في نظام المعلومات الصحية في ليبيا. وذكروا في المقابلات أن نظام المعلومات الصحية غير قادر على معالجة البيانات ذات الجودة وإتاحتها للمستعملين.

الجدول 27. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بنظام المعلومات الصحية

نظم المعلومات الصحية	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	24	**100.0**	
نظام معلومات صحية غير مناسب	7	29,2	7
توافر البيانات	7	29,2	4
معالجة البيانات	5	20,8	5
الجودة	5	20,8	5
الوثائق مع الرموز			8
الوثائق بدون رموز			16
وثائق تم تحليلها			24

شهدت ليبيا عدة محاولات لتحسين هذا النظام فيها، وبعض هذه المحاولات كانت مدعومة من قبل المنظمات الدولية. وكانت ليبيا تتوفر على مراكز للمعلومات الصحية على المستوى الوطني ومستوى المقاطعات والمرافق. بحيث تحال المعلومات المجمعة إلى المركز وتحلل البيانات في المركز لإعداد تقارير سنوية. وفي الآونة الأخيرة، اتخذت ليبيا خطوات لتطوير وتحديث نظام المعلومات الصحية. إذ أنشأ

البلد نظاما على مستوى المقاطعات بالتعاون مع الاتحاد الأوروبي، من بين جهات أخرى. وقد تمكنوا حتى الآن من تدريب العديد من الأشخاص وتوزيع المعدات اللازمة.

"نظام المعلومات الصحية يكاد يكون معدوما [18]...أولا، ليس لدينا نظام للتوثيق. فتكنولوجيا المعلومات الصحية مجزأة جدا وليست مترابطة... إنها مشكلة كبيرة جدا. ولا نتوفر على تكنولوجيا المعلومات [11]. ولكن التحدي يتمثل في إدخال البيانات. فالناس لا يتوفرون على حوافز كثيرة لإدخال البيانات بانتظام. وقد اعتادوا على إدخال البيانات سنويا في السنوات السابقة. ولكن الآنيتوقع منهم أن يدخلوا البيانات شهريا. وإذا كنت تريدهم أن يدخلوا البيانات كل شهر، فهم لا يرغبون بذلك. لأنهم ينتظرون الحوافز التشجيعية. وهذا يجعل نظام المعلومات الصحية يحرز تقدما بطيئا [12]".

شكل توافر البيانات مسألة هامة أخرى كثيرا ما أشار إليها مقدمي المعلومات الرئيسيين. فقد حدد المشاركون مسائل جمع البيانات ذات الجودة وتحليلها ونشرها باعتبارها المشاكل الرئيسية. وهم يشكون من أنهم لا يتلقون البيانات ذات الصلة في الوقت المناسب، مما يجعل من الصعب اتخاذ قرارات عقلانية. وقد وصفوا هذه المسألة بقولهم:

"إنها مهمة حتى بالنسبة لمراكز الرعاية الصحية الأولية. نحن بحاجة إلى الحصول على البيانات الشهرية فيما يتعلق بالوصول، والجودة، والتغطية، إلخ. إنها أفضل من أي تقرير. فلا توجد بيانات كثيرة عن جودة الخدمات [12]. ونحن لا نستخدم البيانات، فعملية صنع القرار لا تستند إلى المعلومات. لأن البيانات لا يتم تجميعها حقا. فهي لا تجمع ولا توجد معلومات حقيقية. وحتى في حالة جمع بعض البيانات، فإنها لا تعالج لإنتاج المعلومات [17]. .....أولا، لا يوجد نظام روتيني لتدفق البيانات. وقد يرجع ذلك جزئياً إلى أن العاملين الصحيين في المناطق المحيطة لا يتبعون تعليمات السلطات الصحية المركزية. ولا توجد عملية منتظمة لجمع البيانات [15]".

يعد إنتاج بيانات ذات جودة جانبا هاما آخر من جوانب نظام المعلومات الصحية، وقد ذكرمقدمي المعلومات الرئيسيين أن النظام الحالي لم يتمكن من جمع ونشر بيانات جيدة. ويرى المشاركون أنه من الضروري تناول: من يقوم بالإبلاغ عن البيانات، وكيف يتم الحصول على المعلومات، وعملية الإبلاغ عن البيانات. وكان من الواضح أن أصحاب المصلحة في النظام الصحي لا يثقون كثيرا، أو لا يثقون

تماما، بالبيانات التي تم جمعها والإبلاغ عنها، ويعتقد البعض أن البيانات المبلغ عنها هي معلومات ملفقة أساسا لإثبات تحسن الأمور.

"في العادة، يقومون على الصعيد المحلي بدمج الأرقام من أجل الحصول على ميزانيات أكبر [8]. وكانت هناك محاولة لإنشاء هيئة الصحة الوطنية في ليبيا. ولكنها لم تكن مبادرة من وزارة الصحة. بل مبادرة دولية. وذلك لأن وزارة الصحة لم تكن مقتنعة بضرورتها. ولم يكن هناك قدر كبير من الاستثمار في هذا المجال. ونحن بحاجة إلى أن تؤمن وزارة الصحة بأهميتها [12]. وإن جودة نظام المعلومات الصحية الحالي في ليبيا سيئة، والبيانات غير كافية، والموثوقية منخفضة، والتوقيت ضعيف. ولا تنشر المعلومات على نحو سليم حتى عندما تكون متاحة [16]. ..... ولكنها إشكالية. إنها بيانات ملفقة. فقد تم اختلاق الأخبار الجيدة، ليظهروا أن النظام مثالي. إنه إرث النظام السابق، فهم ينكرون المشاكل باختلاق الأرقام [21]".

تعتبر معالجة البيانات مسألة أخرى.ويعتقد مقدمي المعلومات الرئيسيين أن البيانات التي يتم جمعها لا يتم معالجتها على النحو الواجب لإنتاج معلومات جيدة بسبب ضعف تكنولوجيا المعلومات وعدم تأهيل موظفي تكنولوجيا المعلومات. وغالبا ما تكون الأرقام غير دقيقة.

"نحتاج إلى تدفق المعلومات الصحية بين المركز والفروع المحلية من أجل تبادل المعلومات على الفور [8]. وهي تتقاسم أساسا البيانات المتعلقة بالمدخلات وبعض الأرقام [12].والمشكلة الثالثة هي في مجال تحليل البيانات، ومعالجة المعلومات، والاستخبارات. وقد يرجع ذلك في رأيي إلى نقص الموظفين المهرة في مواصلة دورة البيانات والمعلومات [15]. وفي بعض الأحيان يكون اصطناع الأرقام مقصود ، ولكنه غالبا ما يكون غير مقصود. أنا لا ألوم مركز المعلومات الصحية، ولكن الأرقام ليست دقيقة [21]".

توصيات من أجل مقترحات الإصلاح

لقد تم تشجيع مقدمي المعلومات الرئيسيين على تقديم توصياتهم الخاصة لإصلاح الرعاية الصحية. وقد تم ذلك إما بطرح أسئلة مباشرة بشأن الإصلاحات أو بالتماس حلول للقضايا التي أثاروها أثناء المناقشات. ومن بين الوثائق التي تم تحليلها، تضمنت 22 وثيقة توصيات بشأن مختلف جوانب النظام الصحي في ليبيا.

وتشير ترددات الرموز الأصلية الواردة في الجدول 28 إلى أن الإصلاحات الناجحة في مجال الرعاية الصحية تحتاج إلى الحوكمة الرشيدة والريادة، في حين أن تقديم الخدمات وتمويل النظام الصحي هما من الجوانب التي ينبغي اعتماد إصلاحات كثيرة بشأنها، وفقا لآراء المشاركين في البحث النوعي.

الجدول 28. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالتوصيات من أجل مقترحات الإصلاح

مجالات الإصلاح	العناصر	النسبة المئوية	الوثائق
	24	**100.0**	
الحوكمة والريادة	59	33,0	16
تقديم الخدمات	37	20,7	11
التمويل	27	15,1	3
صندوق التأمين الصحي	16	8,9	5
القوى العاملة في مجال الصحة	11	6,2	7
الإمدادات الطبية	11	6,2	7
نظام المعلومات الصحية	2	1,1	2
الإصلاحات الجارية	9	5,0	5
التوصيات	7	3,9	6
الوثائق مع الرموز			22
الوثائق بدون رموز			2
وثائق تم تحليلها			24

تم تصنيف توصيات مقدمي المعلومات الرئيسيين حول الحوكمة والريادة تحت 11 رمزا فرعيا (الجدول 29).

الجدول 29. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالحوكمة والريادة

مجالات الإصلاح	العناصر
	24
الحوكمة والريادة	15
التوجه والاستدامة	12
التنفيذ	9
مؤسسات جديدة	4
منظمات غير حكومية	4
قوانين مناسبة	3
دور المنظمات الدولية	3
التواصل	1
الشفافية	1
الأسلوب والمشاركة	1
اللامركزية	1

تعتبر الحوكمة والريادة أهم العناصر التي يجب النظر فيها بعناية من أجل التنفيذ الناجح لمقترحات إصلاح الرعاية الصحية. وفيما يتعلق بهذا الجانب، يتوقع امقدمي المعلومات الرئيسيين أن يكون لدى الحكومة والقادة السياسيين رؤية واضحة مع الالتزام بتغيير النظام الصحي ودعم إصلاحات الرعاية الصحية. ويعتقدون أن أنشطة إصلاح الرعاية الصحية ينبغي أن تكون مدرجة في جدول أعمال القيادة السياسية وليس على المستوى الاستشاري.

"نحتاج إلى أربعة أشياء:الريادة، وبناء القدرات، وتشجيع الناس [5]. بالإضافة إلى التنظيم والحوكمة [6]. لا يوجد دعم سياسي لإصلاحات الرعاية الصحية في ليبيا [10].والقادة ليسوا على استعداد لدعم التغيير الجذري. وقد تفضل الحكومة التدخل في النظام الصحي [11]. ولكني أعتقد أن الرؤية ليست مشتركة في الواقع في مجتمع صناع القرار [17].

ولكن للأسف، ينبغي أن نعرف أن الزعيم السياسي المسؤول عن إدارة القطاع يجب عليه اعتماد الرؤية. فهذه هي الحقيقة الواقعية. وما لم يتبنى السياسيون الرؤية ويضعونها في سياسات الحكومة المسؤولة، فإنها لن تبقى إلا على المستوى الاستشاري.وبمجرد اعتمادها من جانب القيادة السياسية، ستعتبر رؤية [18]".

سئل كذلك بعض مقدمي المعلومات الرئيسيين عن اتجاه الإصلاحات. وكان الهدف من هذه المسألة تشجيع الحوار بشأن اللامركزية/إعادة طابع المركزية، ودور الحكومة، ونظام التمويل الحالي، وما إلى ذلك. ويعتقد مقدمي المعلومات الرئيسيين أن الاستدامة، ووضع خطة استراتيجية، وبناء القدرات، وطريقة اتخاذ القرارات أو إيجاد الحلول، هي أمور مهمة لنجاح إصلاحات الرعاية الصحية.

ينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تستخدم الركيزة السابعة التي تتمثل في الاستدامة. ومن الجيد الحصول على نظام صحي. ولكن إذا لم يكن مستداما، فإنه لن ينجح حقا.وأعتقد أن الاستدامة مهمة جدا [3]. وعلينا أن يكون لدينا حكومة واحد ، وأن ننهي خطتنا الاستراتيجية لعام 2030، وأن ندرب العاملين في مجال الرعاية الصحية ونجذبهم من خلال التمويل والصيانة والتدريب [7]. نحن بحاجة إلى توزيع جيد للقدرات في جميع أنحاء البلد، فالنظام الصحي الجديد بحاجة إلى إعادة طابع المركزية [8]. كما أننا بحاجة إلى مزيد من المشاركة مع المستخدمين والمجتمعات المحلية والمجتمع المدني. ولأن النهج من أعلى إلى أسفل لم يعد مفيدا، علينا أن نضع المزيد من النهج من أسفل إلى أعلى. فالناس ليسوا كما كانو قبل عام 2011. هم يتوقعون المزيد ويريدون إسماع صوتهم [12].

تحاول ليبيا أن تحول وتغير نظامها الصحي لسنوات عديدة، إما بإشراك المنظمات الدولية أو دعم المشاريع أو تشكيل فرق لتطوير إصلاحات صحية أكثر ملاءمة. وعلى الرغم من وجود العديد من التقارير ومقترحات الإصلاح الصحي التي وضعت في الماضي، فإنه للأسف لم يتم تنفيذ أي منها بنجاح. ويوصي مقدمي المعلومات الرئيسيين بأن تكون مبادرات إصلاح القطاع الصحي عملية ومكيفة مع أوضاع ليبيا، وأن تكون مصممة للحصول على دعم أصحاب المصلحة الرئيسيين في النظام الصحي وكذلك القيادة السياسية للبلاد.

"على القادة السياسيين أن يقبلوا بالتغيير. وإذا لم يقبلوا ذلك، وتعاملوا معه، ونفذوه، فإنهم ليسوا قادة. ويصبحون بذلك عقبة. فالتغيير دائما يصدر عن القادة، وليس من العامة الذين ما عليهم سوى أن يقبلوا به إذا لامسوا نتائج مرضية [5]. منذ عام 2013، أطلق الاتحاد الأوروبي مشروعا يسمى "دعم إصلاحات النظام الصحي في ليبيا"، ولكن حتى الآن لم يحدث شيء... ولم تكن الحلول مناسبة لليبيا. لهذا السبب هناك العديد من حلقات العمل والاجتماعات والتقارير على طاولة النقاش، ولم يحدث أي تحسن حقيقي [9]. وإذا لم يتم إقناع أصحاب المصلحة هؤلاء، فهم بالطبع سيقاومون التغيير [12]".

ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أيضا أن التغييرات القانونية المناسبة التي تنظم جميع جوانب النظام الصحي، وزيادة الشفافية في عملية صنع القرار، وإتاحة الفرص لأصحاب المصلحة والمنظمات غير الحكومية للمشاركة في تطوير إصلاحات الرعاية الصحية هي جوانب هامة أخرى للتنفيذ الناجح لمقترحات إصلاح الرعاية الصحية في ليبيا. ويعرض الجدول 30 من أكثر توصيات الإصلاح المتعلقة بالتمويل الصحي شيوعا، والتي قدمها مقدمي المعلومات الرئيسيين. ويقترح العديد منهم فصل التمويل الصحي عن توفير الخدمات الصحية. وعلى الرغم من وجود مرسوم يقضي بإنشاء صندوق للتأمين الصحي، فإنه لم يتم تنفيذه بعد.

الجدول 30. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالتوصيات من أجل تمويل الصحة

تمويل الصحة	العناصر
	19
صندوق التأمين الصحي	12
الدفع المشترك	4
تقاسم التكاليف بين مشتري الخدمة ومقدمها	3

عند طرح هذا السؤال بالتحديد، ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أنهم يؤيدون إنشاء صندوق مستقل للتأمين الصحي . وذكر البعض أيضا أنه ينبغي وضع إطار قانوني لتنفيذه.

"ستكون فكرة ممتازة (إنشاء صندوق مستقل للتأمين الصحي)، إذا توفرنا على الشفافية وكان للناس ثقة في هذا الصندوق. .... يمكن القيام بذلك إذا تمكنا من إنفاذ القانون، وتوفرنا على القدرات. فبموجب القانون، علينا معاقبة الذين يسرقون أو يسيئون استخدام النظام. وإلا فإنه لن يعمل [3]. في هذا النظام، من المهم توفير مرافق للرعاية الصحية التي تعتمد على ذاتها. فأنت تبيع خدماتك، والتأمين فكرة جيدة [5]. عندما سمعت أولا عن نظام الرعاية الصحية القائم على التأمين، كنت أعارض الفكرة. وبعد فترة وجيزة، أصبحت سعيدا جدا بالفكرة. لقد اقتنعت من خلال صندوق التأمين الصحي الوطني. وأعتقد أن العاملين في مجال الرعاية الصحية والمواطنين شهدوا الكثير من الفساد والمشاكل لدرجة أنهم مستعدون لتقبل أي تغيير كبير [2]. وإن التمويل يعتبر من المسائل الرئيسية. فهو مرتبط بالفساد والاحتكار. وأعتقد أن السبب وراء تطوير نظام تمويل جديد هو محاولة التعامل مع هذه الشبكة الفاسدة للغاية. لأنه في الوقت الحالي، الأموال التي تضعها في النظام هي في الأساس نفسها ويتم إهدارها [21]".

يشير مقدمي المعلومات الرئيسيين أيضا إلى أن الفصل بين المشتري ومقدم خدمات الرعاية الصحية واستحداث أساليب للدفع المشتركة لمستخدمي الرعاية الصحية أمران هامان للتصدي للفساد في النظام. وتضمنت البيانات ما يلي:

"أنا أتفق تماما على أن تدفق التمويل يعد معضلة في ليبيا. ووزارة الصحة تزود وتمول الخدمات الصحية، وهو الأمر الذي يعتبر مشكلة. يجب أن تتكفل وكالة أخرى بمسؤولية التمويل، فمن الأفضل الفصل بين التمويل وتقديم الخدمات. وبهذه الطريقة، قد تتمكن وزارة الصحة من تقديم خدمات أفضل.إذا كان لدي إجابة جيدة على السؤال حول التعامل مع الفساد، فيمكنني عندئذ الحصول على جائزة نوبل. الخصخصة والتأمين الطبي فكرتان جيدتان. وفصل التمويل عن تقديم الخدمات أ]ضا [10]. لدي ما يكفي من المرضى على قائمة الانتظار.وأعتقد، وأقول هذا حقا من أعماق قلبي، أن الحل الوحيد هو العمل باعتماد أسلوب دفع مشترك. بحيث يمكن للمريض أن يدفع 10 أو 20% أكثر للحصول على خدمة من القطاع الخاص [1].وعندما أصدرت الأمر التنفيذي، اتصل بي العديد من الناس وسألوا عن سبب تحميلهم للتكاليف. وقد يكون فرض رسوم إضافية مقبولا عندما يحتاج الناس إلى استخدام الرعاية الصحية الخاصة ودفع الأموال لمرافق الرعاية الصحية الخاصة [3]".

عندما سأل مقدمي المعلومات الرئيسيين عما إذا كانت لديهم توصية إصلاحية لتقديم الخدمات أو حلول محددة للمشاكل، قدم معظمهم توصيات بشأن دور القطاع الخاص، ومسائل المركزية/اللامركزية، والتنظيم والاستقلالية الذاتية، والمنافسة فيما بين مقدمي الخدمات على النحو المبين في الجدول 31.

الجدول 31. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالتوصيات من أجل تقديم الخدمات

تقديم الخدمات	العناصر
	14
القطاع الخاص	7
المركزية - اللامركزية	3
التنظيم والاستقلالية	2
المنافسة	2

رأى مقدمي المعلومات الرئيسيين أن دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية يحتاج إلى تعزيز. ورأى البعض أنه ينبغي للبلد أن يتحرك بحذر في توسيع نطاق مقدمي الخدمات الخاصة، بينما رأى آخرون أن هناك حاجة إلى وضع لوائح تنظيمية مناسبة للقطاع الخاص قبل المضي قدما في توسيع نطاق القطاع الخاص بدرجة كبيرة. وعندما كان القطاع الخاص محور المناقشات، جرى أيضا تناول دور القطاع العام. وذكر المشاركون أنه ينبغي للحكومة أن تركز على الرعاية الصحية الأولية وأنهم يرغبون في عدم اعتبار القطاع الخاص منافسا بل شريكا للقطاع العام. وعلى حد تعبيرهم، تم وصف هذه المسألة على النحو التالي:

> "إن للميزانية أهمية كبيرة في السنوات الخمس الأولى بالنسبة للإصلاحات القابلة للتنفيذ. ...... أنا تماما ضد فكرة التحول مباشرة إلى القطاع الخاص بالكامل. ذلك هو الفساد بعينه. وهي ليست استراتيجية جيدة [5]. فالحلول لزيادة فعالية نظام التمويل الصحي في ليبيا تشمل الخصخصة ومراقبة المرافق الخاصة [16]. بالإضافة إلى إقامة شراكة تعاونية وفعالة مع القطاع الخاص. وفي الوقت الحالي، يشكل القطاع الخاص 50% من الرعاية الثانوية والثالثة في ليبيا. ونحن بحاجة إلى إقامة شراكة فعالة مع القطاع الخاص. فبدون القطاع الخاص، سيكون من الصعب المضي قدما [21]. يمكن للحكومة إغلاق بعض المستشفيات والتركيز على مستشفى واحد في كل مدينة. ويمكن للقطاع الخاص بناء مستشفيات جديدة.

لدينا الكثير من ذوي الخبرة في أوروبا والولايات المتحدة. ولا يمكنهم العودة إلى ليبيا إلا إذا تحسن القطاع الخاص [1]".

ذكر مقدمي المعلومات الرئيسيين أنه لا توجد رؤية واضحة حول درجة اللامركزية في النظام الصحي في ليبيا أو في المجالات التي يجب أن تلعب فيها الحكومة المحلية دورا أكبر.

"بصفتي مدير مستشفى، إذا كان لدي القدرة على شراء دوائي الخاص بميزانيتي الخاصة وتلقي المال من خلال شركات التأمين الخاصة لدفع مصاريف علاج المرضى، فذلك سيؤدي إلى جودة أفضل [3]. وفي الواقع، عندما نتحدث عن الإصلاح الصحي، فنحن نقصد أن على جميع الهيئات المركزية أن تكون مسؤولة عن التخطيط والرصد والتقييم. وأن التنفيذ يجب عليه أن يتم على مستوى المناطق المحيطة. ولا يهم من أين يأتي المال، سواء كان صندوق التأمين الصحي أو وزارة الصحة. فهذا مستقبل النظام الصحي الليبي [7]. الإدارة المباشرة للمستشفيات والمرافق الأخرى، بما في ذلك الإمدادات، وربما استيراد المعدات من شركات أخرى. وأعتقد حقا أن وزارة الصحة ينبغي أن تُطور مبادئ توجيهية بشأن كيفية ضمان الجودة. ومن ثم ترك عملية التنفيذ لتتم على المستوى المحلي. فهناك مناطق صحية ومكاتب وفروع إقليمية. ولكن لا توجد علاقة واضحة بين وزارة الصحة والفروع الإقليمية [8]".

نوقشت استقلالية مرافق الرعاية الصحية باعتبارها حلا مناسبا لبعض المشاكل.

"يمكن للحكومة التعاقد مع شركات التأمين لبيع خدماتها. فالاستقلالية الذاتية تشكل وسيلة جيدة؛ وهي تضمن خدمات صحية ذات جودة.ومن الجيد للمستشفيات المستقلة أن تحصل على أموالها من خلال شراكة أو ائتمان أو صندوق تأمين صحي [5]. لدينا ست مناطق صحية في ليبيا.ويتعين أن تأخذ هذه المناطق الست معظم أعمال الإحالة. ولكن الوضع الراهن، يتمثل في أن منطقة طرابلس تستقبل معظم الإحالات في البلد كله تقريبا من حيث الوقاية والعلاج. وينبغي أن تكون وزارة الصحة مسؤولة عن التخطيط والتقييم والرصد. وفي كل منطقة، ينبغي أن يكون هناك مستشفى كبير واحد يعمل كمستشفى لاستقبال حالات الإحالة. وينبغي أن تكون هناك جامعة طبية واحدة تتضمن مناهج للتمريض وطب الأسنان والصيدلة والمدارس الطبية. كما ينبغي أن يكون هناك

نظام إحالة في كل منطقة. ولكن في القابل، ينبغي لوزارة الصحة أن تكون مسؤولة عن الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الصغيرة [7]".

عندما انصب تركيز النقاش أثناء المقابلات على القوى العاملة في مجال الصحة، شدد مقدمي المعلومات الرئيسيين بصفة رئيسية على الإصلاحات الرامية إلى تحسين الريادة الإدارية وتقييم الأداء وزيادة عدد موظفي الرعاية الصحية المؤهلين.

"ينبغي لنا أن ندعم المستشفيات العامة بتدريب قادتها ونحتاج إلى قادة شبان لا تتجاوز أعمارهم 35 عاما. وهذه هي مشكلتنا في ليبيا [11]. هناك العديد من الحلول الممكنة لزيادة عدد الموظفين من فئة التمريض. ويجري حاليا وضع استراتيجيةتعنى بالموارد البشرية. وتحاول دراسة تحديد الثغرات، سواء أكانت عجزا أو نقصا في الموظفين أو إفراطا فيهم، لأن الحلول ستكون مختلفة في كل حالة [15]. ولا يوجد لتقييم سنوي للأداء. ولحل هذه المشكلة، من الضروري توحيد مهام الموارد البشرية [21]".

وفقا لمقدمي المعلومات الرئيسيين، يلزم إصلاح جانب المنتجات والتكنولوجيا الطبية من حيث شراء وتوزيع اللوازم والعقاقير الطبية، والاستخدام الرشيد للعقاقير، وتحديد الأسعار والتنظيم.

الجدول 32. الرموز الفرعية وتواتر العناصر والوثائق التي تتضمن الرموز الفرعية المتعلقة بالتوصيات من أجل المنتجات والتكنولوجيا الطبية

المنتجات والتكنولوجيا الطبية	العناصر
	13
الشراء والتوزيع	4
الاستعمال العقلاني للأدوية	2
التخزين	2
تحديد الأسعار	2
إعادة التنظيم	1

يوجد عدد من المشاكل والعقبات التي يجب مراعاتها في هذا الجانب، وإحدى هذه المشاكل تتمثل في قائمة الأدوية الأساسية. وقد حدد أحد المشاركين في المقابلات هذه المشكلة واقترح الحل التالي:

"هناك العديد من الحلول الممكنة لزيادة فعالية الإمدادات الطبية وقطاع الأدوية في ليبيا. والمديرية الليبية المعنية بالمعدات الطبية والمنتجات الصيدلانية تعمل على تطوير نظام إلكتروني يشتمل على قائمتين. الأولى عبارة عن قائمة عامة يمكن أن تقدمها جميع المستشفيات. والأدوية المدرجة في هذه القائمة متوفرة في السوق الوطنية، حيث يُسمح للعديد من الشركات الخاصة باستيرادها بحرية. وفي الوقت نفسه، ومن أجل عدم الاضطرار إلى التعامل باستخدام قائمة طويلة من الأدوية، فإن الحكومة مسؤولة عن قائمة تحتوي فقط على ست فئات من الأدوية. وتشمل هذه مكونات مثل التطعيمات وأدوية التخدير والأورام والصحة العقلية والأنسولين. ومن الشائع الآن تلقي رد من المستشفيات بعدم توفر دواء معين. وبالإضافة إلى ذلك، سيكون سداد التأمين للتكاليف المنفقة حلا أيضا من شأنه أن يساهم في حل العجز الصيدلاني [15]"

وأوصى مشارك آخر بإعادة تنظيم منظمة الإمدادات الطبية للتعامل مع الفساد وزيادة الطاقة الإنتاجية المحلية في ليبيا، قائلا:

"العمل على القضاء على الفساد من خلال تقليل عدد المؤسسات المعنية بالإمدادات الطبية وتمكين الإدارة المسؤولة الوحيدة (دائرة الصيدلة) وتحقيق استقرارها للقيام بعملها دون تدخل من أي دائرة أخرى. ومع التوسع الذي يشهده إنتاج الأدوية، ينبغي بذل الجهود لتسجيل عدد محدد من كل صنف دوائي (خاصة في القطاع العام) وعدد محدد من شركات الإنتاج للعمل في ليبيا لضمان عدم تسرب الأدوية المزيفة وغير الفعالة [16]".

يقترح مقدم معلومات رئيسي آخر عددا من مقترحات الإصلاح المتعلقة بالمشتريات والتكنولوجيا الطبية، بدءا من إعادة التنظيم إلى عملية الشراء إلى التسجيل، مشيرا إلى ما يلي:

"نحن بحاجة إلى تكييف قانون الصيدلة والطب المهني. ثم البدء في تسجيل المنتجات الطبية. بعد ذلك، القيام بإنشاء قسم تحديد أسعار الأدوية على مستوى دائرة الصيدلة والأجهزة الطبية. وإصدار لائحة تنظيمية للمشتريات الطبية التي يجب أن تعنى بشراء الأدوية والمستلزمات الطبية الأخرى. كما يجب أن تتم المشتريات الطبية من قبل مكتب مشتريات متخصص ولجان مؤقتة. وينبغي أن يكون هذا المكتب وحدة ثابتة داخل بنية وزارة الصحة. ويجب أن يتوفر عدد كاف من المخازن الطبية في جميع المدن وتنفيذ ممارسات الشراء والتوزيع الجيدة، التي

تتمثل في كل من مصدر واحد، والتسجيل، والتفاوض على الأسعار. بحيث أن المصادر المتعددة تتطلب تنظيم مناقصات تنافسية يتعين أن تكون مفتوحة. وبالإضافة إلى ذلك، على مدى السنوات الخمس الماضية، تتداول شائعة حول الأدوية الجنيسة. بحيث أن جميع البلدان تستخدم و/أو تستورد الأدوية الجنيسة [4]".

أشار مقدم معلومات رئيسي آخر إلى ضرورة إصلاح إمدادات الأدوية والتكنولوجيا الطبية من حيث الاستخدام الرشيد للعقاقير، والتخزين السليم، والتخطيط الجيد، وجمع الأسعار ومقارنتها، والتوزيع العادل، واستخدام تكنولوجيا المعلومات لزيادة الكفاءة وتوافر اللوازم والعقاقير الطبية.

"حملات توعية للمرضى من خلال وسائل الإعلام للاستخدام الرشيد. وبناء مخازن طبية مناسبة وفقا للمعايير الدولية. ووضع خطة للتخلص من النفايات الطبية والأصناف المنتهية صلاحيتها. واتباع دليل الأسعار الدولي وقائمة الأدوية الليبية عند إعداد قوائم المشتريات. وتوزيع اللوازم الطبية على نحو منصف بين المستشفيات والمناطق. والحفاظ على المخزون الاستراتيجي للأوضاع غير الطبيعية. وربط جميع المؤسسات الطبية والمستشفيات بنظام إلكتروني لضمان دقة وسرعة تدفق المعلومات [16]".

4.2.3 نتائج المسح الصحي

إن الغرض من المسح الصحي هو اكتساب فهم أفضل لقدرة / قيود النظام في تلبية الطلب على الخدمات الصحية واستجاب الخصائص الديموغرافية للمجيبين في المسح الصحي معروضة في الجدول 33. ومن بين 83 مجيباً، كانت الغالبية (77.1%) من الذكور وأعمارهم فوق 40 سنة (73.4%). وعملت الغالبية العظمى من المجيبين في مدينتين رئيسيتين في ليبيا (60.2% في طرابلس، 19.3% في بنغازي)، وتلقى 71.1% تدريبات طبية وعملوا كأطباء. كمل أفاد حوالي 19.3% من المجيبين بأنهم مدراء الرعاية الصحية، وحقق 59.2% ما يزيد عن الدخل القومي للفرد. وبالنظر إلى هذه الإحصائيات حول خصائص التركيبة السكانية، يمكن الاستنتاج أنه لدى المجيبين خبرة عالية حول نظام الرعاية الصحية ويجب أن يكونوا قادرين على معالجة مشاكل ومخاوف نظام الرعاية الصحية.

الجدول 33. الخصائص الديموغرافية لمقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي

الخصائص الديموغرافية	العدد	النسبة المئوية
الجنس		
أنثى	18	21.7
ذكر	64	77.1
السن		
20-29 سنة	1	1.2
30 - 39 سنة	21	25.3
40-49 سنة	26	31.3
50-59 سنة	27	32.5
60 سنة فأكثر	8	9.6
المنطقة الصحية		
الشرقية	5	6.0
بنغازي	16	19.3
الوسط	5	6.0
الجنوب	5	6.0
طرابلس	50	60.2
الغرب	2	2.4
ما هو تدريبك؟		
الطب	59	71.1
الصيدلة	3	3.6
طبيب أسنان	5	6.0
إدارة الرعاية الصحية	16	19.3
هل تعمل بشكل منتظم؟		
نعم، أنا أعمل بدوام كامل	64	77.1
نعم، لكني أعمل بدوام جزئي	17	20.5
لا، أنا عاطل عن العمل	2	2.4
ما هو واجبك؟		
الطبيب المعالج	59	71.1
الصيدلاني	3	3.6
طبيب أسنان	3	3.6
مدير الرعاية الصحية	18	21.7
كيف تحدد مستوى دخلك؟		
أقل من نصيب الفرد من الدخل القومي	33	39.8
حول نصيب الفرد من الدخل القومي	38	45.8
فوق نصيب الفرد من الدخل القومي	11	13.3

يوضح الجدول 34 مستوى رضا المجيبين عن جوانب مختلفة من نظام الرعاية الصحية في ليبيا. من الواضح أن مستوى الرضا عن النظام الصحي العام بعيد عن المستوى المرغوب فيه. فقد ذكر 83.1% من 83 مجيبًا أن جودة وكفاية الخدمات التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية إما غير مرضية تمامًا أو غير مرضية فقط. كما أن الرضا عن خدمات الرعاية العلاجية التي تقدمها المستشفيات منخفض أيضًا - فقد أفاد 2.4% فقط من المجيبين أن مستوى الرضا عن خدمات الرعاية العلاجية كان مرضيًا. ومن المثير للاهتمام، أن مستوى الرضا عن الخدمات التي يقدمها مقدمو الرعاية الصحية الخاصون منخفض جدًا أيضًا. إذ أفاد حوالي 60 % من المجيبين أن مستوى الرضا كان غير مرضٍ للغاية أو غير مرضٍ لمقدمي الرعاية الصحية الخاصة. أفاد المسجيبون أيضًا أن مستوى رضاهم عن جودة وملاءمة الأدوية والمعدات الطبية التي توفرها مرافق الرعاية الصحية الأولية العامة أو المستشفيات كان إما غير مرضٍ للغاية (25.3%) أو غير مرضٍ (44.6%). وتم تصنيف مستوى المدفوعات الصحية المباشرة على أنه مرتفع (26.5%) ومرتفع جدًا (21.7%) من قبل المجيبين. كما صنفت الغالبية العظمى من المجيبين الأداء العام للنظام الصحي الليبي على أنه إما غير مرضٍ للغاية (37.3%) أو غير مرضٍ (50.6%). ويعتقد جميع المجيبين أن النظام الصحي الليبي يحتاج إلى إصلاح. كما تم الإبلاغ عن الفساد باعتباره أهم سبب لزيادة الحاجة إلى الإصلاح الصحي في ليبيا. وتم إدراج إمكانية الوصول والجودة والتكلفة والسلامة والكفاءة والتغطية على أنها قضايا مهمة بنفس القدر تواجه النظام الصحي الليبي. عندما طلب من المجيبين ترتيب الأولويات، أفادوا أن مشاكل القوى العاملة الصحية يجب أن تكون ذات أولوية قصوى ليتم معالجتها. ومع ذلك، تم تحديد جوانب أخرى من النظام الصحي أيضًا كأولويات يجب معالجتها.

الجدول 34. آراء مقدمي الرعاية الصحية المشاركين حول الرضا عن الجوانب المختلفة لنظام الرعاية الصحية الليبي

الرضا عن النظام الصحي في ليبيا	العدد	النسبة المئويه
كيف تقيم جودة وملاءمة الخدمات التي تقدمها مر افق الرعاية الصحية الأولية؟		
غير مرضية على الإطلاق	29	34.9
غير مرضية	40	48.2
لا مرضية ولا غير مرضية	9	10.8
مرضية	5	6.0
كيف تقيم جودة وملاءمة الخدمات التي تقدمها المستشفيات؟		
غير مرضية على الإطلاق	22	26.5
غير مرضية	42	50.6
لا مرضية ولا غير مرضية	17	20.5
مرضية	2	2.4

كيف تقيم جودة وملاءمة الخدمات التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية الخاصة أو المستشفيات؟		
غير مرضية على الإطلاق	19	22.9
غير مرضية	31	37.3
لا مرضية ولا غير مرضية	22	26.5
مرضية	10	12.0
كيف تقيم جودة وملاءمة الأدوية والمعدات الطبية التي توفرها مرافق الرعاية الصحية الأولية العامة أو المستشفيات؟		
غير مرضية على الإطلاق	21	25.3
غير مرضية	37	44.6
لا مرضية ولا غير مرضية	14	16.9
مرضية	11	13.3
كيف تقيم مستوى النفقات من المال الخاص الجيب في النظام الصحي في ليبيا مقابل خدمات وأدوية فعالة ومناسبة؟		
منخفض جدا	11	13.3
قليل	19	22.9
مقبول بما فيه الكفاية	13	15.7
عالي	22	26.5
عالي جدا	18	21.7
كيف تقيم الأداء العام للقطاع الصحي الخاص في ليبيا؟		
غير مرض على الإطلاق	22	26.5
غير مرض	35	42.2
لا مرض ولا غير مرض	18	21.7
مرض	8	9.6
كيف تقيم الأداء العام للنظام الصحي الليبي؟		
غير مرض على الإطلاق	31	37.3
غير مرض	42	50.6
لا مرض ولا غير مرض	8	9.6
مرض	2	2.4
هل تعتقد أن النظام الصحي في ليبيا بحاجة إلى الإصلاح؟		
	83	100.0
إذا كنت تعتقد أن إصلاح القطاع الصحي هو حاجة لليبيا، فأي الأسباب التالية يعززهذه الحاجة؟		
الفساد	78	94,0
التوقعات غير الملباة	73	88,0
الصراع السياسي	66	79,5
التوقعات المتزايدة	63	75,9
ارتفاع الاسعار	61	73,5
كيف يمكنك ترتيب المشاكل المحتملة التالية في النظام الصحي الليبي من أعلى أولوية إلى أدنى أولوية؟		

الوصول	78	94,0
الجودة	78	94,0
الكلفة	78	94,0
الأمان	77	92,8
الكفاءة	77	92,8
التغطية	75	90,4
كيف ترتب الجوانب الستة الرئيسية للنظام الصحي، من أعلى إلى أدنى أولوية، لتقليل المشكلات التي لوحظت في النظام الصحي الليبي؟		
القوى العاملة	78	94,0
نظام المعلومات الصحية	77	92,8
الإمدادات الطبية	77	92,8
التوصيل	76	91,6
التمويل	73	88,0
القيادة والحوكمة	73	88,0

تظهر الجداول من 35 إلى 41 آراء المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالجوانب الستة الرئيسية لمكونات النظام الصحي في ليبيا. تم تقديم آراء المجيبين على شكل تكرارات ونسب مئوية، وكمتوسط درجات للأسئلة المتعلقة بكل مكون من حيث الجوانب المختلفة، إذ تم ترتيب الآراء من الأعلى إلى الأدنى بناءً على متوسط الدرجة. في مقياس من خمس نقاط من نوع ليكرت، يمثل الرقم 1 أدنى درجة، وهي ضعيفة جدًا، ويمثل الرقم 5 أعلى درجة، وهو أمر جيد جدًا. وفي هذا المقياس، إذا كان متوسط الدرجات أقل من 3، وهو ما يمثل درجة معتدلة، فيمكن استنتاج أن لبنة البناء المعنية تلعب دورها المتوقع بشكل سيئ أو ضعيف للغاية.

تقييم القيادة والحوكمة في النظام الصحي في ليبيا: النتيجة الإجمالية لتقييم القيادة والحوكمة، الذي تم تقييمه باستخدام 13 سؤالاً، هي 1.5 فقط، مما يعني أن القيادة والحوكمة أقل من ضعيفة أو حتى قريبة من ضعيفة للغاية. وتم احتساب أعلى درجة على أنها 1.6 لسؤال "إنشاء أو استخدام الحوافز المناسبة للمدراء لتشغيل منشآتهم بشكل فعال ومسؤول". ومع ذلك، فإن التفويض الكافي للمسؤوليات الإدارية والمالية، والقدرة الإدارية للمديرين، وحماية حقوق المرضى، والإدارة الفعالة لنظام ومرافق الرعاية الصحية، وشفافية القرارات حصلت كلها على نسب منخفضة للغاية. وبهذا، تتوافق كل هذه النتائج مع نتائج البحث النوعي في هذا التقرير (الجدول 35).

تقييم تمويل النظام الصحي في ليبيا: كانت النتيجة الإجمالية لتقييم تمويل النظام الصحي منخفضة جدًا أيضًا (1.6). وحصل بند "تخصيص الأموال الكافية للنظام الصحي" على أعلى درجة، وهي 2.1 فقط وهي قريبة من ضعيفة، في حين أن البنود الـ 12 الأخرى التي تشكك في تمويل النظام الصحي في ليبيا من حيث الفعالية والكفاءة وحماية الفقراء، والجوانب المهمة الأخرى التي حصلت على درجات

أقل من 2.0. وبالنظر إلى هذه الدرجات، يمكن للمرء أن يستنتج أن النظام الصحي قد شهد مشاكل خطيرة للغاية، وكانت حماية الفقراء من المدفوعات الشخصية واستخدام طرق السداد لزيادة الكفاءة من المجالات المثيرة للقلق. وبهذا تكشف هذه النتائج أيضًا أن طريقة استخدام الأموال بدلاً من مصدر الإيرادات هي مشكلة أكثر أهمية في تمويل النظام الصحي (الجدول 36).

تقييم تقديم الخدمات الصحية في ليبيا: تم جمع آراء المشاركين عند تقييم أداء تقديم الخدمات الصحية بشكل منفصل لخدمات ومرافق الرعاية الصحية الأولية والرعاية العلاجية. وتم العثور على النتيجة الإجمالية لخدمات الرعاية الصحية الأولية لتكون 2.2، وهي قريبة من ضعيفة. أعطيت أعلى درجة (3.2) لبند "عدد مقدمي الرعاية الصحية الأولية". وتتوافق هذه النتيجة مع وجهات نظر المخبرين الرئيسيين ومع الأرقام التي أبلغت عنها أبحاث توافر الخدمة وتقييم الجاهزية (SARA) في ليبيا. كما يبدو أن عدد مرافق الرعاية الأولية وإمكانية الوصول إليها حصلت على درجات أفضل نسبيًا. ومع ذلك، تم تصنيف العناصر الـ12 المتبقية المتعلقة بالجودة والاستجابة والملاءمة والرضا عن خدمات الرعاية الأولية على أنها سيئة أو سيئة للغاية لأنها حصلت على متوسط درجات 2.0 أو أقل. وجد أن التنسيق بين مرافق الرعاية الصحية الأولية ومستشفيات الإحالة هو أسوأ بند فيما يتعلق بأداء الرعاية الصحية الأولية (الجدول 37). وتم العثور على نتائج مماثلة لخدمات الرعاية الثانوية والثالثية. تشير النتائج الواردة في الجدول 38 إلى أن عدد المستشفيات وتوزيعها في جميع أنحاء البلاد وإمكانية الوصول إليها حصل على درجات أفضل نسبيًا. ومع ذلك، تم تصنيف المستشفيات كمقدمي خدمات الرعاية الثانوية والثالثية على أنها سيئة للغاية أو فقيرة من حيث قدرتها على تلبية احتياجات المرضى، وتوفير معدات فعالة وعالية الجودة، والقدرة الإدارية للمسؤولين، ومستوى الرضا، وملاءمة اتصالات الشبكة بين المستشفيات (الجدول 38). تتوافق هذه النتائج مع آراء المخبرين الرئيسيين ونتائج أبحاث الأدبيات حول النظام الصحي الليبي.

تقييم القوى العاملة الصحية في ليبيا: تشير النتائج الواردة في الجدول 39 إلى أن المجيبين يعتقدون أن عدد المهنيين الصحيين (الصيادلة والأطباء والممرضات) أفضل بكثير، وتتوافق هذه النتيجة مع أبحاث توافر الخدمة وتقييم الجاهزية (SARA) في ليبيا وآراء المخبرين الرئيسيين في البحث النوعي. تكشف النتائج أيضًا عن وجود مشاكل في التوزيع والجودة والرواتب والتحفيز للقوى العاملة الصحية، وقد تم ذكر هذه المشكلات بشكل متكرر من قبل المخبرين الرئيسيين. تم تقدير النتيجة الإجمالية للقوى العاملة الصحية بـ2.2، وهي قريبة من ضعيفة. كما تشير هذه النتائج ببساطة إلى أن الإصلاحات الصحية المتعلقة بالقوى العاملة الصحية في ليبيا يجب أن تركز على زيادة الجودة والتوزيع والتحفيز بدلاً من زيادة عدد العاملين الصحيين (الجدول 39).

تقييم الإمداد الطبي والتكنولوجيا في ليبيا: تم تصنيف أداء الإمدادات الطبية والتكنولوجيا باستخدام 11 عنصرًا من قبل المشاركين في المسح الصحي. وتم تقدير النتيجة الإجمالية بـ 1.9، وهي منخفضة. كما تم الحصول على أعلى درجة (2.5) لبند "الوصف الرشيد للأدوية من قبل الأطباء". ومع ذلك، تم العثور على متوسط الدرجات المقدرة للعناصر المتعلقة باللوائح، وإمكانية الوصول إلى الأدوية الفعالة والقدرة على تحمل تكاليفها، وإدارة الإمدادات، والتخزين، والتسعير منخفضة للغاية، مما يعني أنها ضعيفة أو سيئة للغاية، وتشير إلى مشاكل خطيرة ذات الصلة بالإمدادات الطبية والتكنولوجيا (الجدول 40).

تقييم المعلومات الصحية في ليبيا: تم تقييم أداء المعلومات الصحية باستخدام 12 عنصرًا، وحصلت جميع العناصر على درجات منخفضة جدًا، أقل من 2.0، مما يعني أنها ضعيفة أو سيئة للغاية. كانت النتيجة الإجمالية للمعلومات الصحية 1.5 أيضًا. تشير هذه النتائج ببساطة إلى أن المعلومات الصحية بحاجة إلى تحسين في العديد من الجوانب. كانت القدرة على استخدام حلول الصحة الإلكترونية، وقدرة الموظفين، والبنية التحتية، والرصد في الوقت المناسب لأداء النظام الصحي، والقدرة على الحصول على البيانات، وإنتاج بيانات محدثة عن عبء المرض أو نتائجه هي العناصر التي حصلت على درجات منخفضة للغاية. تعتقد الغالبية العظمى من المجيبين (40% فأكثر) أن المعلومات الصحية تظهر أداء ضعيفًا جدًا أو ضعيفًا في جميع عناصر تقييم المعلومات الصحية (الجدول 41).

الجدول 35. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالقيادة والحكم

القيادة والحوكمة	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
وضع أو استخدام الحوافز المناسبة للمديرين لإدارة مرافقهم بطريقة فعالة ومسؤولة	38	57.6	22	33.3	3	4.5	1	1.5	2	3.0	66	1.6	0.9
وضع رؤية واضحة للنظام الصحي بأكمله	43	65.2	18	27.3	4	6.1	0	0.0	1	1.5	66	1.5	0.7
وضع الخطط الاستراتيجية للنظام الصحي ومكوناته	41	62.1	19	28.8	4	6.1	0	0.0	2	3.0	66	1.5	0.9
دمج آراء أصحاب المصلحة الرئيسيين عند اتخاذ القرارات	42	63.6	16	24.2	5	7.6	1	1.5	1	1.5	65	1.5	0.8
وضع اللوائح المناسبة على جميع المستويات	38	57.6	22	33.3	5	7.6	1	1.5	0	0.0	66	1.5	0.7
التنسيق بين السلطات الصحية المحلية والبلديات	36	54.5	24	36.4	6	9.1	0	0.0	0	0.0	66	1.5	0.7
دور وزارة الصحة في تخطيط وتنسيق أنشطة النظام الصحي الليبي	36	54.5	25	37.9	4	6.1	1	1.5	0	0.0	66	1.5	0.7
تفويض المسؤوليات والصلاحيات الإدارية والمالية بالشكل المناسب	43	65.2	17	25.8	6	9.1	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.7
إمكانية المساءلة في قرارات معينة	45	68.2	19	28.8	1	1.5	1	1.5	0	0.0	66	1.4	0.6
قدرة المديرين والإداريين على قيادة وإدارة النظام الصحي	43	65.2	18	27.3	5	7.6	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
تحديد حقوق المرضى وحمايتها	45	68.2	16	24.2	4	6.1	1	1.5	0	0.0	66	1.4	0.7
إدارة النظام الصحي ومنشآت الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية	47	71.2	16	24.2	2	3.0	0	0.0	0	0.0	65	1.3	0.5
الشفافية في جميع المستويات والقرارات	51	77.3	12	18.2	3	4.5	0	0.0	0	0.0	66	1.3	0.5
متوسط درجة												1,5	0,7

الجدول 36. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بتمويل النظام الصحي

تمويل النظام الصحي	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
تخصيص أموال كافية للنظام الصحي	24	36.4	22	33.3	13	19.7	4	6.1	3	4.5	66	2.1	1.1
التمويل العادل والكافي لمرافق الرعاية الصحية الأولية	30	45.5	24	36.4	10	15.2	2	3.0	0	0.0	66	1.8	0.9
عدالة التوزيع بين المناطق والبلديات التي تقدم الرعاية الصحية	30	45.5	26	39.4	8	12.1	1	1.5	1	1.5	66	1.7	0.8
تقديم الدعم المالي للبرامج المنقذة للحياة أو البرامج الصحية لحياة صحية	32	48.5	28	42.4	5	7.6	1	1.5	0	0.0	66	1.6	0.7
فعالية قرارات الشراء	32	48.5	29	43.9	4	6.1	1	1.5	0	0.0	66	1.6	0.7
فعالية التقسيم بين المشتري والمزود	31	47.0	32	48.5	2	3.0	1	1.5	0	0.0	66	1.6	0.6
إبرام عقود فعالة من حيث التكلفة مع مقدمي الخدمة	35	53.0	27	40.9	4	6.1	0	0.0	0	0.0	66	1.5	0.6
تدقيق الفواتير الطبية لمقدمي الخدمات	35	53.0	25	37.9	5	7.6	0	0.0	0	0.0	65	1.5	0.6
تقديم حوافز لمقدمي الرعاية الصحية لزيادة القيمة مقابل المال	42	63.6	23	34.8	1	1.5	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.5
استخدام آليات الشراء بشكل استراتيجي لزيادة الكفاءة	41	62.1	22	33.3	3	4.5	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
دفع تكاليف تقنيات رعاية صحية فعالة من حيث التكلفة	40	60.6	24	36.4	2	3.0	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
استخدام طرق سداد فعالة لزيادة الكفاءة بين مقدمي الرعاية الصحية (.global budget, DRG, etc)	48	72.7	18	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	66	1.3	0.4
حماية الفقراء من الإنفاق الصحي الكارثي من خلال القضاء على النفقات الشخصية المتزايدة على الصحة	47	71.2	18	27.3	1	1.5	0	0.0	0	0.0	66	1.3	0.5
متوسط المعدل												**1.6**	**0.7**

الجدول 37. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالرعاية الأولية

الرعاية الأولية (الوقائية والترويجية)	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
عدد مقدمي الرعاية الصحية الأولية	5	7.6	15	22.7	16	24.2	21	31.8	8	12.1	65	3.2	1.2
إمكانية الوصول البدني في الجهات المقدمة للرعاية الصحية الأولية	6	9.1	15	22.7	28	42.4	16	24.2	1	1.5	66	2.9	0.9
القدرة على الوصول إلى الخدمات المطلوبة في جميع الجهات المقدمة للرعاية الأولية	15	22.7	30	45.5	14	21.2	7	10.6	0	0.0	66	2.2	0.9
التوزيع العادل لمقدمي الرعاية الصحية الأولية في مختلف البلدان والمناطق	19	28.8	23	34.8	18	27.3	4	6.1	2	3.0	66	2.2	1.0
إمكانية وصول سكان الريف إلى مقدمي الرعاية الصحية الأولية	16	24.2	27	40.9	17	25.8	4	6.1	2	3.0	66	2.2	1.0
توافر الخدمات الوقائية والعلاجية لصحة الأم والوليد والطفل	18	27.3	28	42.4	14	21.2	4	6.1	2	3.0	66	2.2	1.0
القدرة على التجهيز بأفضل وأحدث التكنولوجيا الصحية	20	30.3	26	39.4	16	24.2	4	6.1	0	0.0	66	2.1	0.9
الحالة المادية لمرافق الرعاية الصحية الأولية	19	28.8	26	39.4	16	24.2	4	6.1	1	1.5	66	2.1	1.0
القدرة على تقديم خدمات رعاية أولية فعالة وعادلة للجميع	21	31.8	25	37.9	17	25.8	2	3.0	1	1.5	66	2.0	0.9
تلبية احتياجات المرضى في حدود زمنية مقبولة	17	25.8	32	48.5	14	21.2	3	4.5	0	0.0	66	2.0	0.8
إحالة المرضى وإرسالهم إلى أنسب المرافق والجهات المقدمة للخدمات الصحية	22	33.3	27	40.9	13	19.7	4	6.1	0	0.0	66	2.0	0.9
توفير المواد والأدوية الفعالة والجيدة اللازمة لمرافق الرعاية الصحية الأولية	17	25.8	37	56.1	10	15.2	2	3.0	0	0.0	66	2.0	0.7
مستوى رضا المواطن عن مرافق الرعاية الصحية الأولية	26	39.4	32	48.5	7	10.6	1	1.5	0	0.0	66	1.7	0.7
التنسيق بين مرافق الرعاية الصحية الأولية ومستشفيات الإحالة	38	57.6	19	28.8	8	12.1	1	1.5	0	0.0	66	1.6	0.8
متوسط المعدل												**2.2**	**0.9**

الجدول 38. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالرعاية الثانوية والثالثية

الرعاية الثانوية والثالثية (العلاج)	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
عدد المستشفيات	9	13.8	16	24.6	21	32.3	13	20.0	7	10.8	66	2.9	1.2
التوزيع العادل للمستشفيات في مختلف البلدان والمناطق	11	16.9	21	32.3	23	35.4	8	12.3	3	4.6	66	2.6	1.1
وصول سكان الريف إلى المستشفيات	14	21.5	21	32.3	22	33.8	8	12.3	1	1.5	66	2.4	1.0
قادر على تقديم العلاج الفعال والصحيح في المستشفيات	10	15.4	33	50.8	20	30.8	2	3.1	0	0.0	65	2.2	0.7
القدرة على تجهيز المستشفيات بتكنولوجيا صحية أفضل ومتقدمة	18	27.7	28	43.1	12	18.5	7	10.8	1	1.5	66	2.2	1.0
الحالة المادية لمرافق الرعاية الثانوية والثالثية	13	20.0	35	53.8	14	21.5	3	4.6	1	1.5	66	2.2	0.8
القدرة على الوصول إلى الخدمات العلاجية المطلوبة في جميع المستشفيات	12	18.5	39	60.0	9	13.8	5	7.7	0	0.0	65	2.1	0.8
تزويد مرافق الرعاية الثانوية والثالثية بموظفي رعاية صحية مهرة	17	26.2	29	44.6	17	26.2	3	4.6	0	0.0	66	2.1	0.8
مستوى الكفاءة من حيث معدل الشَّغْل	15	23.1	31	47.7	19	29.2	1	1.5	0	0.0	66	2.1	0.8
القدرة على تلبية معظم الاحتياجات الصحية للمرضى في نفس المستشفى دون إحالتهم إلى مستشفيات ومناطق أخرى	15	23.1	39	60.0	11	16.9	1	1.5	0	0.0	66	2.0	0.7
تزويد مرافق الرعاية الثانوية والثالثية بأدوية وعقاقير كافية ذات أفضل جودة	19	29.2	34	52.3	10	15.4	3	4.6	0	0.0	66	2.0	0.8
توفير المعدات والأدوية اللازمة والفعالة والجودة لمرافق الرعاية الثانوية والثالثية	21	32.3	33	50.8	9	13.8	2	3.1	1	1.5	66	1.9	0.8
إدارة مرافق الرعاية الثانوية والثالثية	33	50.8	20	30.8	13	20.0	0	0.0	0	0.0	66	1.7	0.8
إدارة مرافق الثانوية الرعاية والثالثية	25	38.5	34	52.3	7	10.8	0	0.0	0	0.0	66	1.7	0.6
مستوى ملاءمة اتصالات الشبكة بين المستشفيات	41	63.1	19	29.2	5	7.7	1	1.5	0	0.0	66	1.5	0.8
متوسط المعدل												**2.1**	**0.8**

الجدول 39. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية

القوى العاملة الصحية	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
عدد الصيادلة	3	4.6	12	18.5	23	35.4	13	20.0	15	23.1	66	3.4	1.2
عدد الأطباء	6	9.2	10	15.4	23	35.4	18	27.7	8	12.3	65	3.2	1.1
توزيع الصيادلة على المناطق والمدن	9	13.8	21	32.3	23	35.4	9	13.8	4	6.2	66	2.7	1.1
عدد الممرضات / القابلات	16	24.6	25	38.5	13	20.0	9	13.8	3	4.6	66	2.4	1.1
جودة وسلامة الخدمات المقدمة من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية	12	18.5	28	43.1	22	33.8	4	6.2	0	0.0	66	2.3	0.8
مستوى استجابة موظفي الرعاية الصحية	11	16.9	27	41.5	25	38.5	3	4.6	0	0.0	66	2.3	0.8
عدالة الخدمات المقدمة من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية	9	13.8	31	47.7	24	36.9	2	3.1	0	0.0	66	2.3	0.7
عدد الأطباء والممرضات المتخصصين	11	16.9	32	49.2	16	24.6	5	7.7	2	3.1	66	2.3	0.9
توزيع الأطباء على المناطق والمدن	24	36.9	29	44.6	9	13.8	4	6.2	0	0.0	66	1.9	0.9
توزيع الممرضات / القابلات في المناطق والمدن	28	43.1	23	35.4	11	16.9	4	6.2	0	0.0	66	1.9	0.9
مستوى رضا المواطنين عن العاملين في مجال الرعاية الصحية	25	38.5	31	47.7	10	15.4	0	0.0	0	0.0	66	1.8	0.7
القدرات التعليمية والتدريبية للنظام الصحي	29	44.6	29	44.6	6	9.2	2	3.1	0	0.0	66	1.7	0.8
رواتب العاملين في مجال الرعاية الصحية	33	50.8	24	36.9	9	13.8	0	0.0	0	0.0	66	1.6	0.7
جودة التعليم المستمر للقوى العاملة الصحية	44	67.7	19	29.2	3	4.6	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
تحفيز العاملين في مجال الرعاية الصحية	42	64.6	21	32.3	3	4.6	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
متوسط المعدل												**2.2**	**0.9**

الجدول 40. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالتزويد الطبي والتكنولوجيا

الإمدادات الطبية والتكنولوجية	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
وصفات علاجات عقلانية بين الأطباء	6	9.1	26	39.4	30	45.5	4	6.1	0	0.0	66	2.5	0.7
لوائح تخزين الأدوية وتوزيعها في جميع أنحاء البلاد	20	30.3	23	34.8	18	27.3	5	7.6	0	0.0	66	2.1	0.9
توزيع الأدوية والمستلزمات الطبية بشكل عادل بين المناطق والمدن	22	33.3	26	39.4	17	25.8	1	1.5	0	0.0	66	2.0	0.8
اللوائح الخاصة باستيراد الأدوية	24	36.4	22	33.3	15	22.7	4	6.1	1	1.5	66	2.0	1.0
الوصول إلى الأدوية الفعالة والمنتجات الصيدلانية الأخرى	23	34.8	28	42.4	14	21.2	1	1.5	0	0.0	66	1.9	0.8
اللوائح الخاصة بتنفيذ ممارسات التصنيع الجيدة للأدوية	28	42.4	22	33.3	12	18.2	2	3.0	1	1.5	65	1.9	0.9
القدرة على تحمل تكاليف الأدوية الفعالة والمنتجات الصيدلانية الأخرى	24	36.4	30	45.5	11	16.7	1	1.5	0	0.0	66	1.8	0.8
توافر الأدوية الفعالة والمنتجات الصيدلانية الأخرى	28	42.4	24	36.4	14	21.2	0	0.0	0	0.0	66	1.8	0.8
إدارة الإمداد وتنظيم المنتجات الطبية	30	45.5	25	37.9	10	15.2	1	1.5	0	0.0	66	1.7	0.8
لوائح وإجراءات الأدوية المقلدة	38	57.6	22	33.3	3	4.5	2	3.0	1	1.5	66	1.6	0.8
لوائح التسعير	33	50.0	25	37.9	4	6.1	3	4.5	0	0.0	65	1.6	0.8
متوسط المعدل												**1.9**	**0.8**

الجدول 41. تقييم مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في المسح الصحي فيما يتعلق بالمعلومات الصحية

المعلومات الصحية	ضعيف جدا	%	ضعيف	%	متوسط	%	جيد	%	جيد جدا	%	المجموع	المتوسط	تنمية الاستراتيجية
موثوقية نظام المعلومات الصحية	30	45.5	23	34.8	10	15.2	3	4.5	0	0.0	66	1.8	0.9
توافر الموارد البشرية الماهرة من أجل نظام المعلومات الصحية	28	42.4	27	40.9	10	15.2	1	1.5	0	0.0	66	1.8	0.8
جودة نظام المعلومات الصحية	35	53.0	23	34.8	7	10.6	1	1.5	0	0.0	66	1.6	0.7
قادر على توفير البيانات والمعلومات في الوقت المناسب	35	53.0	23	34.8	8	12.1	0	0.0	0	0.0	66	1.6	0.7
القدرة على نشر المعلومات	35	53.0	21	31.8	10	15.2	0	0.0	0	0.0	66	1.6	0.7
القدرة على استخدام البيانات والإحصاءات لاتخاذ قرارات أفضل	39	59.1	20	30.3	6	9.1	1	1.5	0	0.0	66	1.5	0.7
القدرة على استخدام حلول الصحة الإلكترونية من أجل نظام المعلومات الصحية	40	60.6	20	30.3	6	9.1	0	0.0	0	0.0	66	1.5	0.7
قدرة الأفراد على استخدام نظام المعلومات الصحية	43	65.2	20	30.3	3	4.5	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
البنية التحتية للمعلومات الصحية	45	68.2	16	24.2	5	7.6	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
مراقبة أداء النظام الصحي في الوقت المناسب	42	63.6	21	31.8	3	4.5	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
القدرة على الحصول على البيانات من جميع المرافق على جميع المستويات	42	63.6	19	28.8	5	7.6	0	0.0	0	0.0	66	1.4	0.6
إنتاج بيانات محدثة عن عبء المرض واستخدام الخدمة والنتائج	44	66.7	17	25.8	4	6.1	1	1.5	0	0.0	66	1.4	0.7
متوسط المعدل												**1.5**	**0.7**

5

مقترحات إصلاح الرعاية الصحية والتوصيات من أجل التنفيذ الناجح



إن إصلاح النظم الصحية لتعزيز عملياتها ونتائجها هو عبارة عن عملية تقدم مستمرة، خاصة مع تطور أهداف واستراتيجيات محددة استجابة للاحتياجات والأهداف الحرجة. نظرا لارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وتغير توقعات السكان، يتعين على صانعي السياسات الصحية والقرارات مراقبة أداء وإنجازات النظم الصحية بشكل مستمر. ولهذا السبب، شكلت تجربة البلدان الأخرى وكذلك الأدلة من ليبيا وتاريخ النظام الصحي الليبي مقترحات الإصلاح الصحي في هذا التقرير.

5.1 الإصلاحات الصحية المقترحة

تشير الأدلة من التقارير والإحصاءات الوطنية والدولية، وكذلك نتائج البحث النوعي والمسح الكمي، إلى أن ليبيا بحاجة إلى الشروع في عملية إصلاح جاد للرعاية الصحية لتلبية توقعات مواطنيها. وبهذا، تم تجميع الإصلاحات الصحية المقترحة في ستة مجالات، كما تم تلخيص المشاكل والعقبات في كل مجال لتوفير فهم أفضل للإصلاحات المقترحة لنظام الرعاية الصحية في ليبيا.

5.1.1 إصلاحات الحوكمة والقيادة

لدى ليبيا مساحة كبيرة وسكان مشتتون على نطاق واسع. وعلى مدار معظم التاريخ، كانت المناطق المختلفة في ليبيا مرتبطة ارتباطًا وثيقًا ببعضها البعض بطرق مختلفة. إذ تشكلت ليبيا الحديثة في البداية على أساس اتحاد دول مختلفة، ولكن تم توحيدها في وقت مبكر في دولة واحدة، بحيث يمكن لنسبة كبيرة من السكان أن تختار درجة معينة من الحكم الذاتي، لكن تجلى ضعف الإدارة وعدم كفاءتها على المستوى المركزي في نظام غير كفء وغير فعال، مما زاد من المطالب باللامركزية في صنع القرار. يوفر قانون الحكم الذاتي (رقم 59) أساسًا قويًا جدًا لدرجة عالية من اللامركزية على مختلف المستويات. ومع ذلك، فإن الإخفاقات السابقة، وإحجام السلطات المركزية، ونقص الموارد البشرية اللازمة تشكل عقبات رئيسية أمام اللامركزية.

تشير الأدلة إلى أن ليبيا سعت إلى تحقيق توازن بين المركزية واللامركزية. لكن يبدو أن هذه الجهود باءت بالفشل، فقد أدت محاولات اللامركزية ومن ثم إضفاء الطابع المركزي على النظام الصحي إلى إنشاء نظام صحي مجزأ، فالبلديات في المديريات هي المسؤولة عن التنسيق وتقديم بعض الخدمات الصحية، لكنها لا تتلقى التمويل أو الدعم الكافي من السلطات، وهذا يخلق تضاربًا في الأعمال اليومية لمنشآت الرعاية الصحية بين البلديات وموظفي الصحة في المنطقة المعينة من قبل وزارة الصحة.

يتطلب تطوير وتنفيذ إصلاحات الرعاية الصحية الناجحة القيادة السياسية والدعم. كانت هناك بعض المحاولات لتطوير إصلاحات الرعاية الصحية المناسبة في ليبيا منذ عام 2011 بدعم من منظمة الصحة العالمية ومنظمات دولية أخرى من خلال تنظيم المؤتمر الوطني للأنظمة الصحية، لكن التنفيذ على أرض الواقع والمشاكل داخل النظام الصحي الليبي قد ازدادت تعقيدًا بسبب الفساد والأيديولوجية القديمة والاغتراب عن أبسط مفاهيم الإدارة (Oakley et al, 2013). لهذا السبب، يجب تنفيذ إصلاحات الرعاية الصحية على جدول أعمال صانعي السياسات من مستوى البيروقراطيين والاستشاريين. وكما هو معروف ومُحدد من قبل المشاركين في البحث النوعي في هذا التقرير؛ الاستدامة، وامتلاك خطة استراتيجية، وبناء القدرات، وكيفية اتخاذ القرارات أو إيجاد حلول كلها أمور مهمة لتحقيق إصلاحات ناجحة في مجال الرعاية الصحية. إن إنشاء فرق ذات خبرة وملتزمة لكل من اللبنات الأساسية الستة للنظام الصحي الليبي لتطوير التوجيه المناسب والاستراتيجية ومقترحات الإصلاح بالإضافة إلى زيادة الوعي بقضايا النظام الصحي بين أعضاء البرلمان الليبي وأصحاب المصلحة في النظام الصحي والحصول على الدعم من صانعي السياسات في البرلمان وأصحاب المصلحة، هي عبارة عن تدابير ضرورية للحوكمة الرشيدة وقيادة النظام الصحي الليبي في الرحلة الطويلة للإصلاحات في مجال الصحة. ويبدو أن الفساد والظروف غير المستدامة وكذلك التغييرات المتكررة في وزراء الصحة هي العقبات الرئيسية أمام تطوير مقترحات الإصلاح المناسبة وتنفيذها بنجاح. إن اتباع نهج تشاركي من خلال إشراك جميع أصحاب المصلحة في تطوير مقترحات الإصلاح، وتبادل الأفكار، وفتح مقترحات الإصلاح المطورة للنقاش من قبل الجامعات والمنظمات غير الحكومية وكذلك وسائل الإعلام هي تدابير أخرى لزيادة الشفافية وكسب الدعم لمقترحات الإصلاح.

يجب أن يكون لليبيا رؤية واتجاه واضحان في إصلاح نظامها الصحي والتمسك به. إذ تعتبر الخبرة السابقة والواقع وقدرة الموارد المادية والبشرية الحالية اعتبارات مهمة في تحديد هذه الرؤية والاتجاه. كما تشير الدلائل إلى أنه ينبغي النظر في ثلاثة عناصر رئيسية في تشكيل رؤية وتوجه جديدين للنظام الصحي في ليبيا: (أ) ينبغي زيادة دور القطاع الخاص في النظام الصحي، (ب) ينبغي أن يكون هناك شكل من أشكال اللامركزية، تُستخدم لزيادة الثقة بين أصحاب المصلحة وكفاءة الموارد الصحية المحدودة،

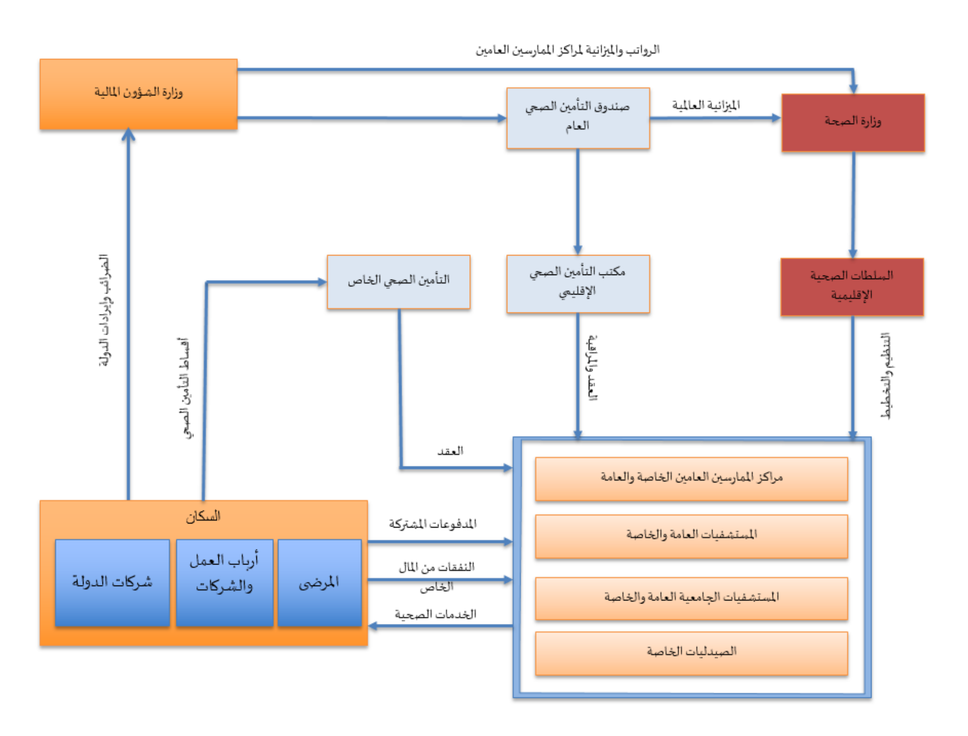
و (ج) يجب تنفيذ الفصل بين المشتري والمزود من خلال زيادة فعالية صندوق التأمين الصحي الذي تم إنشاؤه مؤخرًا (ويفضل أن يكون أكثر استقلالية).

يوصى أيضًا بإزالة الحواجز التي تعترض الحكم الرشيد والقيادة، مثل اللوائح غير الملائمة، وانعدام المساءلة والافتقار إلى التخطيط والإدارة والقدرة الإدارية، عن طريق استبدال اللوائح غير الملائمة والقديمة باللوائح الضرورية والجديدة وتعزيز قدرات هيئات أو لجان التخطيط والإدارة.

لضمان الكفاءة وتقليل المخاطر المالية، كانت الإدارة العامة، بما في ذلك قطاع الصحة، شديدة المركزية بشكل تقليدي. إذ يتم تخصيص ميزانيات مختلف المرافق والمؤسسات التابعة لوزارة الصحة من قبل الوزارة نفسها. وشكل هذا النهج البيروقراطي عاملا رئيسيا في تدني كفاءة فعالية واستجابة هذه المؤسسات. ولتحسين الأداء، اكتسبت بعض المؤسسات شكلاً من أشكال الاستقلال. ومع ذلك، فشل هذا الوهم لمؤسسة تعمل في خدمة قطاع الصحة الأساسية التي لا تخضع بشكل صارم لمسؤولية وزارة الصحة في إحداث التأثيرات المرغوبة. وفي الواقع، لم يحل هذا الاستقلال مشاكل تأمين تدفق كاف ومستمر للميزانية، وقبل كل شيء، لم يكن كافياً لأن إدارة المستشفيات لم تكن مستقلة لدرجة أنها قادرة على اتخاذ معظم القرارات بحرية والتي تعتبر ضرورية للمستشفيات لإنجاز مهامها الحيوية الرئيسية. بالإضافة إلى ذلك، لم تتحسن الكفاءة بشكل كبير. وفي الواقع، كان لبعض المستشفيات التابعة الصغيرة حجم إنتاج كبير مع نفقات أقل بكثير من العديد من المستشفيات المركزية المستقلة.

بالنظر إلى المشاكل الحالية والتجارب السابقة، يوصى بأن يتم فصل التمويل وتقديم الخدمات الصحية وإدارتها من قبل الوزارات المختلفة. على الرغم من إنشاء صندوق التأمين الصحي العام مؤخرًا، من الصعب تحديد ما إذا كان يعمل بشكل كامل ومناسب. ويعرض الشكل 7 نموذج تنظيم النظام الصحي الموصى به في ليبيا. وفي النموذج الموصى به، من المتوقع أن يؤدي صندوق التأمين الصحي العام، كونه أكثر استقلالية وتحت إشراف وزارة المالية، وظيفته المتمثلة في تمويل النظام الصحي بكفاءة. فهذه الفكرة أو المفهوم ليس بجديد؛ لقد ناقش العديد من صانعي السياسات والقرارات في النظام الصحي في ليبيا هذا الأمر لسنوات عديدة. ويمكن للفروع الإقليمية لصندوق التأمين الصحي أن تلعب دوراً فعالاً في التعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص. وتعتبر السلطات الصحية الإقليمية الأكثر استقلالية جانبًا مهمًا آخر من النموذج الموصى به.

شكل 7. منظومة النظام الصحي الموصى بها في ليبيا



يمكن النظر في تجارب إيطاليا ونيوزيلندا وأيرلندا في إعادة تنظيم الخدمات الصحية والمستشفيات في ليبيا. كان لدى هذه البلدان الموصى بها أنظمة صحية مماثلة للأنظمة الليبية، والتي يمكن تعريفها على أنها أنظمة صحية وطنية. في عام 2005، تولى مسؤول تنفيذي جديد للخدمات الصحية (HSE) مسؤولية الميزانية وإدارة الخدمات الصحية ككيان وطني واحد، مسؤول مباشرة أمام وزير الصحة في أيرلندا، حيث تنقسم الصحة والسلامة والبيئة إلى أربع مناطق إدارية، وتعكس هذه المناطق الإدارية إلى حد كبير الحدود الجغرافية للمجالس الصحية التي حلت محلها. توجد أربعة مكاتب إدارية في مدن مختلفة، وهي تساعد في تنسيق الخدمات التي تقدمها المجالس الصحية المحلية. ليس لديها هيكل مجلس؛ في حين أن، المدير المحلي مسؤول بشكل مباشر أمام الرئيس التنفيذي للصحة والسلامة والبيئة. ويهدف هذا جزئيًا إلى الحد من تضارب المصالح المحتمل بين الاعتبارات السياسية المحلية والاستراتيجية الوطنية، وهي قضية تم تحديدها على أنها إشكالية. ويتم تنظيم الصحة والسلامة والبيئة في عدد من المديريات التي تركز على ثلاثة مجالات رئيسية: تقديم الخدمات الاجتماعية الصحية والشخصية، وخدمات الدعم، والإصلاح والابتكار. إدارة الرعاية الأولية والمجتمعية والمستمرة هي المسؤولة عن مجموعة من الخدمات بما في ذلك الممارسة العامة، والخدمات الصحية المجتمعية والشخصية، والخدمات لكبار السن، والأطفال، وخدمات الأشخاص ذوي الإعاقة، وخدمات الصحة

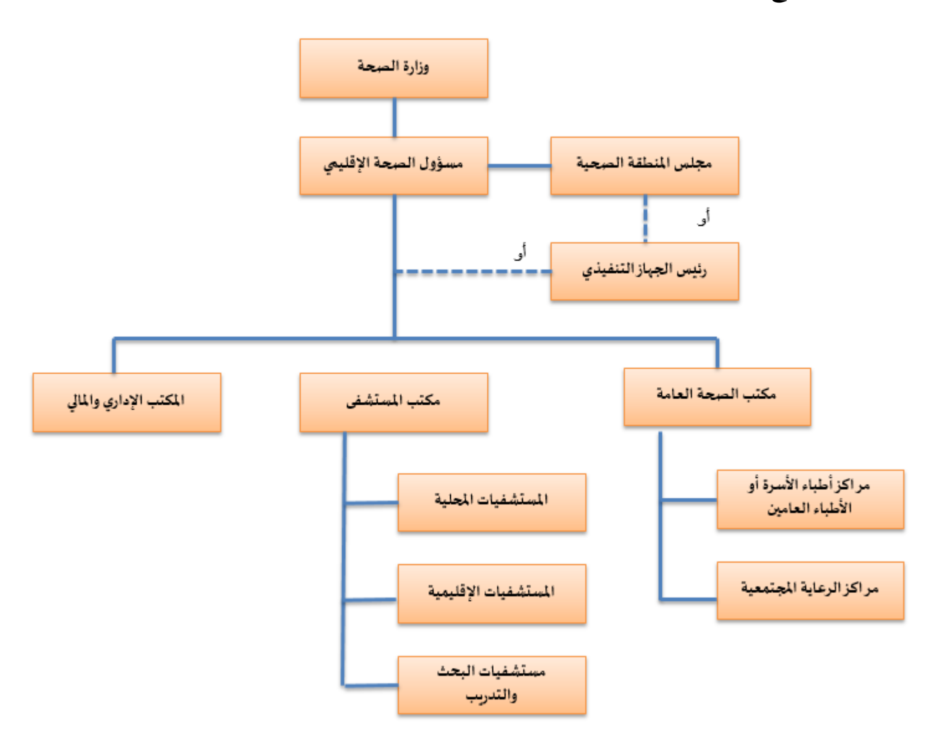
العقلية والإدماج الاجتماعي. الابتدائي، تتكون مديرية المجتمع والرعاية المستمرة من 32 مكتبًا صحيًا محليًا يمثلون نقطة الاتصال الأولى للوصول إلى مجموعة من الخدمات المجتمعية. لكل منها مدير صحة محلي يعمل عن كثب مع مسؤولي المستشفى في منطقتهم الجغرافية لضمان تلبية احتياجات المرضى، وهذه المكاتب الصحية المحلية مسؤولة أيضًا عن تنفيذ استراتيجيات الصحة العامة التي وضعها المسؤول التنفيذي للخدمات الصحية (McDaid, Maresso, & Mossialos, 2009)

مثال جيد آخر قد يكون إعادة تصميم مكونات نظام الرعاية الصحية في منطقة ماركي بإيطاليا. كان النظام الصحي السابق في هذه المنطقة يحتوي على 13 سلطة صحية محلية، تم دمجها في كيان قانوني واحد يسمى هيئة الصحة الإقليمية. كما تم دمج ثلاث مستشفيات مستقلة من النظام السابق لإنشاء مؤسسة جديدة تمامًا: مستشفى "ريونيتي" في أنكونا. وسمح توحيد الترتيبات المؤسسية للنظام بتحقيق فوائد اقتصادية ومالية فورية حيث: (1) تم إغلاق العديد من المكاتب الإدارية (لم يعد من المنطقي في الواقع الاحتفاظ في منطقة صغيرة نسبيًا 13 مكتب مشتريات 13 نظامًا للمكاتب الأمامية و 13 مرفقًا مكاتب الإدارة وما إلى ذلك)؛ (2) أدى وضع وتوحيد أنشطة الشراء في أيدي هيئة الصحة الإقليمية إلى تحقيق وفورات مالية كبيرة؛ (3) تم تسهيل وتبسيط العديد من الإجراءات والعمليات الإدارية. ومع ذلك، كانت التغييرات في الترتيبات المؤسسية تهدف أيضًا إلى إنشاء شبكة إقليمية لتقديم الرعاية الصحية لتجنب التكرار والازدواج غير الضروريين ولضمان مجموعة متكاملة من الخدمات للمواطنين مع الحفاظ على استمرارية الرعاية. وأظهرت النتائج الأولى أن هناك تحسينات في الجوانب الاقتصادية ورضا المرضى (Stefano، Daniele، & Elio، 2008).

تشير التجارب في أيرلندا وإيطاليا ببساطة إلى أنه تم إجراء بعض المحاولات للاستفادة من إدارة المستشفيات من مركز واحد عن طريق دمجها (في إيطاليا) أو تجميعها في مناطق (في أيرلندا). لكن إيطاليا تفضل القيام بذلك في مناطق صحية محددة بدلاً من إدارة جميع المستشفيات من مركز واحد تحت إشراف وزارة الصحة. لذلك، ينصح ليبيا باستخدام هذا المزيج. ويجب أن تلعب وزارة الصحة دورها في الحوكمة والقيادة من خلال تطوير اللوائح السليمة والملائمة، وإعداد الخطط الاستراتيجية، وتخطيط الموارد البشرية، وتصميم نظام معلومات صحية أفضل ومناسب، وما إلى ذلك، وبعد ذلك، يجب أن تكون السلطات الصحية الإقليمية مسؤولة عن التنفيذ والإشراف والمراقبة، التنسيق والتعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية الخاصين، مقدمو الرعاية الصحية المحليون والبلديات ومقدمو الرعاية الصحية الأولية وجمعيات المهنيين الصحيين والمجموعات التطوعية) والمعينة من قبل وزارة الصحة لفترة زمنية معينة. يجب أن يكون مكتب الصحة الإنجابية مسؤولاً عن مجلس المناطق الصحية (BHR) الذي يكون له أدوار تنفيذية في المنطقة الصحية. ويجب على مسؤول الصحة الإقليمي (RHO) النظر في توصيات مجلس المناطق الصحية في إدارة الخدمات الصحية في المنطقة. بدلاً من

ذلك، قد يختار مجلس المناطق الصحية رئيسًا تنفيذيًا إقليميًا محترفًا (RCEO) تم تدريبه وخبير في إدارة الصحة والمستشفيات في ليبيا أو دول أخرى والذي يمكن أن يكون مسؤولاً عن تنفيذ قرارات مجلس المناطق الصحية. ويمكن مساعدة مسؤول الصحة الإقليمي (أو RCEO) من قبل المكتب الإداري / المالي، ومكتب المستشفى، ومكتب الصحة العامة. قد يزيد مجلس المناطق الصحية عدد المكاتب مثل مسؤول نظام المعلومات الصحية والجودة والاعتماد والإمداد الطبي والتكنولوجيا لمساعدة مسؤول الصحة الإقليمي (أو RCEO). يجب اختيار جميع مديري المستشفيات العامة ومرافق الرعاية الصحية الآخرين من بين المهنيين ذوي الخبرة والمدربين، بما في ذلك جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية وإدارة المستشفيات، من خلال الإعلان عن وظائف إدارية مفتوحة في جميع أنحاء البلاد. ويجب أن يتم هذا الاختيار من قبل مجلس المناطق الصحية، والتي قد تسعى للحصول على موافقة وزارة الصحة قبل تعيينها. كما يعرض الشكل 8 نموذج الإدارة الموصى به للسلطات الصحية الإقليمية.

الشكل 8. نموذج الإدارة الموصى به للسلطات الصحية الإقليمية



5.1.2 إصلاحات التمويل

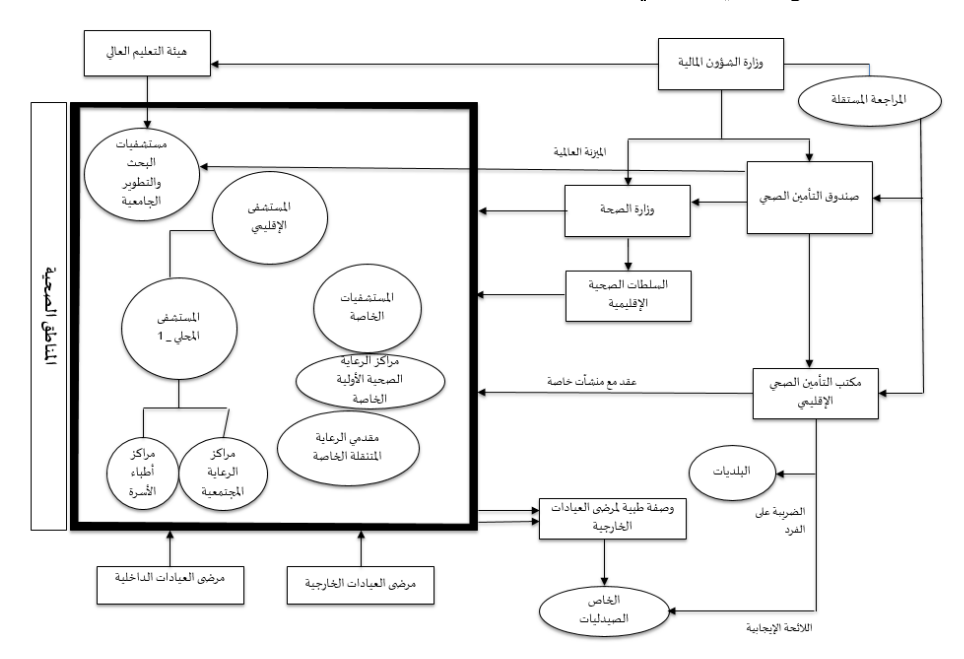
يعاني النظام الصحي في ليبيا من نقص التمويل. وحتى لو اعتقدنا أن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في ليبيا أعلى منه في البلدان الأخرى المماثلة، فإن الحصة المنخفضة للنفقات الصحية في الناتج المحلي الإجمالي والمدفوعات الشخصية الأعلى تشير إلى أن النظام الصحي الليبي غير قادر على حماية مواطنيه من النفقات الصحية الكارثية.

تم تقديم خدمات الرعاية الصحية العامة مجانًا للجميع في ليبيا لسنوات عديدة، ولديها نظام صحي وطني من نوع التمويل والتوصيل. تم تنفيذ هذا النوع من التمويل والتسليم من قبل العديد من البلدان المتقدمة مثل كندا والمملكة المتحدة وأستراليا وما إلى ذلك. إذ تقضي هذه البلدان الكثير من الوقت في محاولة لإيجاد طرق أفضل للحصول على قيمة مقابل المال. لقد وضعوا حوافز لزيادة كفاءة الخدمات الصحية المقدمة، أو قاموا بإنشاء وكيل شراء خاص لاتخاذ قرارات شراء أكثر ذكاءً واستراتيجية لزيادة الكفاءة. كما وضعت هذه البلدان قواعد أكثر شفافية ووضوحًا فيما يتعلق بالمبالغ المخصصة لقطاع الصحة وذلك للتأكد من تخصيص أموال كافية لهذا القطاع. وتشير تجربة ليبيا في النظام الصحي إلى أن الدولة لم تكن على استعداد للإنفاق أكثر على نظامها الصحي وأنه لا يوجد هيكل إداري أو حوافز لإجبار مقدمي الرعاية الصحية على العمل بفعالية وكفاءة. وتعتبر مرافق الرعاية الصحية العامة من مقدمي خدمات الرعاية الصحية الخاصة بها ومشتريها على حد سواء، وليس هناك منطق للعمل بكفاءة. كما تشير الدلائل المستمدة من أفضل الممارسات الدولية ووجهات نظر المشاركين في اجتماعات العصف الذهني والخبراء الرئيسيين إلى أن ما يهم هو كيفية إنفاق الأموال وليس كيفية جمعها. يعرض الشكل 9 نظامًا موصى به للتمويل الصحي لليبيا، بناءً على أفضل الممارسات الدولية وآراء الخبراء الرئيسيين.

كما يتضح من الشكل 9، فإن أهم تغيير جوهري في التمويل الحالي للنظام الصحي هو إدخال صندوق تأمين صحي قائم بذاته. في ظل نظام التمويل الصحي الحالي، فإن وزارة الصحة هي الجهة الدافعة والمقدمة للعديد من الخدمات الصحية المقدمة في مرافق الصحة العامة، على الرغم من وجود صندوق تأمين صحي عام تم إنشاؤه مؤخرًا. يؤدي تنفيذ ميزانية البند للتحكم في النفقات الصحية في كل مرفق رعاية صحية عام إلى تقليل استجابة مقدمي الرعاية الصحية لاحتياجات المستخدمين، ويخلق بيروقراطية مرهقة وكسولة، ويؤدي إلى تقديم خدمات صحية غير فعالة وغير كفء، ويخلق إدارة ومديرين غير خاضعين للمساءلة وغير مسؤولين. يتعلق إنشاء صندوق التأمين الصحي المستدام ذاتيًا بالفصل بين المشتري والمزود.

في النموذج الموصى به، سيكون مصدر الدخل الرئيسي للنظام الصحي هو الدولة كما هو الحال في النظام الحالي، وتكون وزارة المالية مسؤولة عن تقدير نفقات الرعاية الصحية السنوية وتخصيص الأموال اللازمة لصندوق التأمين الصحي. يُفضل أن يكون صندوق التأمين الصحي ممول من إيرادات الدولة أو الضرائب العامة على نموذج التأمين الصحي الاجتماعي، حيث لا توجد خبرة في ليبيا في هذا المجال، ولا تسمح الأرقام والإحصائيات الحالية حول مستوى البطالة أو توزيع الدخل بإنشاء نظام تأمين صحي اجتماعي من شأنه أن يحاول تحصيل الإيرادات من أصحاب العمل والموظفين لأقساط التأمين الصحي. فميزة اقتراح صندوق تأمين صحي ممول من الدولة هي أن المواطنين الليبيين على دراية بالنظام الذي تموله الدولة، ومن غير المحتمل أن يكونوا على استعداد لدفع قسط أو دفع مشترك لاستخدام الخدمات الصحية في مرافق الصحة العامة. وتشير التجارب الدولية في البلدان الأخرى التي تمول أنظمتها الصحية من قبل الدولة والضرائب العامة أو من خلال نظام التأمين الصحي الاجتماعي إلى أن بعض البلدان (تركيا وهنغاريا وغيرها) تفضل أن يكون لديها صندوق تأمين صحي مركزي واحد، بينما لدى البعض الآخر (فرنسا، إيطاليا، إلخ) فروع التأمين الصحي الإقليمية. يمكن ملاحظة أن توافر فروع التأمين الصحي الإقليمية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالهيكل العام للإدارة العامة للبلد. وقد تفضل البلدان الكبيرة نسبيًا والتي لديها اختلافات إقليمية من حيث العرق أو التقاليد، مثل إيطاليا وإسبانيا وفرنسا وألمانيا وما إلى ذلك، إنشاء صندوق تأمين صحي إقليمي. بعض الدول (تركيا، هنغاريا، إلخ.) يفضل أن يكون هناك صندوق تأمين صحي مركزي واحدا مسؤولاً عن وضع اللوائح وتوقيع العقود أو تحديد طرق السداد لمقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة. في النموذج الموصى به لليبيا، يفضل إنشاء فروع إقليمية لصندوق التأمين الصحي في ست مناطق صحية في ليبيا. وفي هذا النموذج، سيتلقى الصندوق المركزي للتأمين الصحي أموالًا من وزارة المالية، ومن المتوقع تخصيص الأموال بين الفروع الإقليمية لصندوق التأمين الصحي بناءً على احتياجات المناطق الصحية. كما يمكن استخدام إجراء تخصيص الموارد على أساس صيغة مثل خطة العمل العلاجية، المستخدمة في المملكة المتحدة والتي تراعي الاحتياجات الصحية والتفاوتات الإقليمية، لتخصيص الأموال بين المناطق الصحية. من المتوقع أن يضع صندوق التأمين الصحي المركزي اللوائح ويضع القواعد العامة لاتخاذ القرارات والعقود مع المرافق الصحية العامة والخاصة. يجب أن يلعب صندوق التأمين المركزي أيضًا دورًا نشطًا في تحديد وتنفيذ نظام تسعير مرجعي لجميع الأدوية والعقاقير التي سيتم تعويضها من قبل صندوق التأمين الصحي.

الشكل 9. نموذج التمويل الصحي الموصى به لليبيا



توصية جوهرية أخرى للنموذج الجديد هي شراء الخدمات الصحية من مقدمي الرعاية الصحية الخاصين على مستوى الرعاية الصحية الأولية ومستويات أخرى. فمن المتوقع أن تقوم فروع التأمين الصحي الإقليمية بوضع بروتوكولات وإبرام عقود بناءً على مؤشرات الجودة والأداء المحددة مركزياً لمقدمي الرعاية الصحية الخاصين. ومن المعروف أن مراقبة جودة الرعاية الصحية ومؤشرات الأداء لمقدمي الرعاية الصحية ليست مهمة سهلة، وتتطلب نظاما متطورًا للمعلومات الصحية. ومع ذلك، فإن مستوى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الصحية، فضلاً عن تجارب البلدان الأخرى، قد يشجع ليبيا على إنشاء مثل هذا النظام. وتعتمد طريقة السداد المناسبة للدفع لمقدمي الرعاية الصحية الخاصين على نوع خدمات الرعاية الصحية. ولكن يوصى بقبول السداد من نوع المجموعات ذات الصلة بالتشخيص (DRGs) للدفع مقابل الجودة والأداء ولتحفيز مقدمي الرعاية الصحية على تقديم خدمات فعالة من حيث التكلفة للمستخدمين. ومع ذلك، فليس من السهل تنفيذ استرداد من نوع المجموعات ذات الصلة بالتشخيص على المدى القصير. يمكن استخدام نظام التسعير المجمّع للعمليات الجراحية الاختيارية أو الإجراءات الصحية المناسبة، أو الدفع الثابت لكل حالة أو يوم للتحكم في المستوى العام لنفقات الرعاية الصحية. يتطلب هذا النظام قائمة طويلة من خدمات أو إجراءات الرعاية الصحية وأسعارها، ويحتاج إلى تحديث بناءً على سلوك مقدم الخدمة.

في النموذج الموصى به، يمكن إدخال مدفوعات مشتركة صغيرة مقابل الخدمات المتلقاة من المستشفيات العامة في المستويين الثاني والثالث لتقليل الاستخدام غير الضروري وزيادة الكفاءة. بدلاً من ذلك، يمكن أن تكون خدمات جميع مرافق الصحة العامة مجانية. لكن يجب على المواطنين الذين يفضلون استخدام المرافق الصحية الخاصة أن يعرفوا أنه يتعين عليهم دفع مبلغ أكبر من أموالهم الخاصة. ومن جهة، يمكن أن تكون هناك بعض الحدود القصوى التي يمكن أن تفرضها المرافق الصحية الخاصة على المرضى المشمولين بصندوق التأمين الصحي. كما يجب إعداد اللوائح المناسبة للقطاع الخاص، مع مراعاة حالات الطوارئ أو الجوائح. ولا ينبغي السماح لهم بتحصيل رسوم على المرضى في حالة الطوارئ أو بعض الأمراض والحالات. ومع ذلك، يجب أن يؤخذ في الاعتبار أن الغرض من الدفع المشترك ليس جمع الأموال، ولكن لتقليل الاستخدام غير الضروري وزيادة الكفاءة.

في النموذج الجديد، من المتوقع أن تكون المهمة الأكثر تحديًا هي إعداد مرافق الرعاية الصحية العامة لبيع خدماتها إلى صندوق تأمين صحي عام آخر تم طرحه حديثًا. ومع ذلك، فإن أكبر فائدة من هذا النموذج الجديد ستأتي من الفصل بين المشتري والمزود، أي بين صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة، وهي المزود الرئيسي للخدمات الصحية وصاحبة مرافق الرعاية الصحية العامة في ليبيا. تشير تجارب الدول الأخرى إلى أن نظام سداد الميزانية العالمي أكثر ملاءمة لمستشفيات وزارة الصحة. ومع ذلك، فإن تخصيص الميزانية العالمية الواردة من صندوق التأمين الصحي بين المناطق الصحية والمستشفيات الفردية يتطلب تطوير منهجية. ويبدو أن أنسب طريقة هي قياس أداء المستشفى. في تطوير هذه الطريقة، يمكن استخدام مجموعة من مؤشرات الجودة والكفاءة لبناء مؤشر أداء المستشفى. وبالإضافة إلى مؤشر الأداء، قد تكون هناك حاجة أيضًا إلى مقاييس الحالة المختلطة أو من نوع مجموعات التشخيص ذات الصلة لزيادة الحافز للمستشفيات لقبول وتقديم رعاية أكثر تقدمًا للمرضى الذين يعانون من أمراض أكثر خطورة تتطلب استخدام تكنولوجيا ومعرفة أكثر تقدمًا.

يجب أن يكون نظام السداد لمقدمي الرعاية الصحية الأولية (مراكز أطباء الأسرة، الأطباء العامون، أو مراكز الرعاية المجتمعية) مختلفًا. ويبدو أن نظام الدفع بالرأسمات أكثر ملاءمة لمراكز أطباء الأسرة أو الممارسين العامين. ومع ذلك، يمكن تمويل مراكز الرعاية المجتمعية من خلال الرسوم مقابل الخدمة (إذا كانت تقوم بتشغيل المختبرات وإجراء بعض الاختبارات التشخيصية الأساسية لدعم مراكز أطباء الأسرة أو الممارسين العامين) أو من خلال الدفع المجمع لخدماتهم المخطط لها والمعتمدة مثل الفحص أو التطعيم أو التثقيف الصحي. في النموذج الموصى به، ستكون وزارة الصحة على استعداد لرصد وتتبع أنشطة مقدمي الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات من خلال تطوير نظام معلومات صحية مناسب. بدلاً من ذلك، يمكن لفروع التأمين الصحي الإقليمية التعاقد مع شركات مراكز أطباء الأسرة العامة والخاصة أو الممارسين العامين على أساس رؤوس الأموال.

ليس من السهل إقناع الأطباء والممرضات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية المؤثرين نسبيًا بقبول فكرة بيع خدمات الصحة العامة إلى مؤسسة عامة أخرى. في النموذج الجديد، ستطلب المستشفيات الفردية من موظفيها زيادة حجم وجودة الخدمات الصحية التي تنتجها لأنهم سيتنافسون ليس فقط مع المستشفيات الخاصة ومقدمي الرعاية المتنقلة، ولكن أيضًا مع مستشفيات وزارة الصحة الأخرى للحصول على مزيد من الأموال من ميزانية وزارة الصحة العامة. إذا اكتسبت مستشفيات وزارة الصحة مزيدًا من الاستقلالية وتم التعاقد مع مديريها وتقييمهم بناءً على مؤشر الأداء الإداري والمستشفى العام، فمن المتوقع أن يعمل الأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين في الخطوط الأمامية في المستشفيات بجدية أكبر ويقدمون رعاية صحية أفضل وأكثر أمانًا لمرضاهم. وفي هذه المرحلة، ستكون الممارسات الحالية، مثل الممارسة المزدوجة في المرافق الخاصة والعامة، أو تقديم خدمات استشارية لمستشفيات متعددة في مناطق مختلفة، أو عدم كفاءة الموظفين، هي العقبات الرئيسية أمام تنفيذ النموذج الجديد.

يبدو أن هناك حاجة لحظر الممارسة المزدوجة ومطالبة الأطباء بالعمل في المرافق الصحية العامة أو الخاصة. ومع ذلك، فإن زيادة الحوافز، وخاصة رواتب المهنيين الصحيين الذين يفضلون العمل في القطاع الخاص، ويرجع ذلك أساسًا إلى الرواتب المرتفعة، يجب أن تكون المحاولة الأولى لتشجيع الأطباء على العمل في مرافق الصحة العامة. من المهم توضيح أن هناك بعض المحاولات الأخرى التي يجب مراعاتها للمهنيين في مرافق الصحة العامة، مثل تحسين البنية التحتية للمرافق الصحية من حيث المعامل والأجهزة الطبية أو غيرها من خدمات الدعم وظروف العمل، وتقديم فوائد أفضل. لا ينبغي أن يكون مستوى الراتب عاملاً حاسماً في اختيار القطاع الخاص أو العام للأطباء وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، والذين تكون أعدادهم محدودة للغاية.

بدلاً من ذلك، على المدى القصير، فإن الطريقة الأنسب هي تقديم نظام دفع قائم على الأداء يهدف إلى دفع أجور المهنيين الصحيين العاملين في مرافق الرعاية الصحية العامة اعتمادًا على حجم وجودة الخدمات والإجراءات المقدمة. إن تطوير نظام موازنة يتسم بالشفافية على مستوى المستشفى، مما يسمح للعاملين الأفراد برؤية مساهمتهم في إيرادات المستشفى الإجمالية وتتبع نفقاتهم لزيادة وعيهم بالتكلفة، يمكن أن يكون مفيدًا في جذب مهنيي الرعاية الصحية للعمل في مرافق الصحة العامة. من المعروف جيدًا أنه من الصعب جدًا تعيين مؤشرات أداء الحجم للعديد من المهنيين الصحيين. لهذا السبب، يمكن استخدام مؤشرات الأداء المستندة إلى الحجم للأطباء والممرضات حيث يمكن قياس أنشطة الرعاية الصحية بشكل موضوعي، في حين يمكن إعطاء الحافز لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين من خلال زيادة إيراداتهم من خلال تخصيص إيرادات إضافية على أساس النسب المئوية المحددة مسبقًا. ومع ذلك، على المدى الطويل، قد يؤدي نظام الدفع المستند إلى الأداء إلى زيادة التوفير

غير الضروري لأنواع معينة من الخدمات الصحية التي يمكن معالجتها من أجل خدمات صحية آمنة وعالية الجودة.

كما هو موصى به في تقديم الرعاية الصحية، من المرغوب فيه أن يكون لكل منطقة صحية مستشفى جامعي واحد على الأقل للبحث والتدريب. يوصى بتمويل المستشفيات الجامعية من وزارة المالية. بدلاً من ذلك، قد يعقد صندوق التأمين الصحي عقدًا مع مستشفيات جامعية باستخدام طريقة سداد الميزانية العالمية. قد يُسمح للمستشفيات الجامعية بإنشاء نظام ميزانيتها الخاصة لزيادة إيراداتها من خلال توفير الخدمات الصحية للمستخدمين أو الإحالات من المستشفيات العامة والخاصة. ومع ذلك، يوصى بتمويل تكاليف البحث والتدريب من خلال عملية ميزانية عامة أو بنود متفرعة من قبل وزارة المالية. بدلاً من ذلك، يمكن تخصيص أموال إضافية لوظائف البحث والتدريب في المستشفيات الجامعية بشكل منفصل لهذه المستشفيات. يجب ألا تشعر المستشفيات الجامعية تحت ضغط التكلفة عند تقديم خدمات رعاية صحية أكثر تكلفة ومتقدمة. يجب أن يؤخذ في الاعتبار أن المستشفيات المملوكة للجامعة هي أيضًا الأماكن التي يكمل فيها طلاب الطب والتمريض وكليات الصحة تدريبهم الداخلي.

ذكر العديد من المشاركين في اجتماعات ومقابلات العصف الذهني أن الفساد منتشر وأنه ليس من السهل القضاء عليه وعلى تصوره في المجتمع الليبي. تعتبر الشفافية في عملية صنع القرار ومساءلة صانعي القرار والسياسات على جميع المستويات ضرورية لخلق الثقة في النموذج الموصى به على المدى الطويل. ومع ذلك، يجب أن تكون المراقبة والتدقيق الفعالين للقرارات (بما في ذلك القرارات المالية) بشأن الإنفاق أو التعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص من خلال صناديق التأمين الصحي المركزية والإقليمية أمرًا ضروريًا على المدى القصير. ولهذه الغاية، يوصى بإنشاء دائرة مراجعة مستقلة، ربما تكون ملحقة بوزارة المالية. يجب اختيار أعضاء هذه المنظمة من قبل وزارة الصحة ووزارة المالية صندوق التأمين الصحي ووزارة التخطيط وممثلي القطاع الخاص ومقدمي الرعاية الصحية وممثلي أصحاب المصلحة الآخرين. يجب أن تكون هذه الإدارة مسؤولة عن تدقيق جميع أنشطة صندوق التأمين الصحي على المستويين المركزي والإقليمي، من حيث الجودة والسلامة وفعالية التكلفة والسعر وبعض الجوانب الأخرى للخدمات الصحية المشتراة من مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة بدلاً من ذلك، ويمكن مراقبة مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة الذين يرغبون في التعاقد مع صندوق التأمين الصحي أو تدقيقهم من قبل هذا القسم المستقل من حيث جودة خدماتهم وكفاية موظفيهم والجودة البدنية والجوانب الأخرى المهمة لتوفير جودة أفضل وخدمات صحية آمنة. في النموذج الموصى به في الشكل 9، يمكن أيضًا تنفيذ مهمة التفتيش على مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص من حيث الجودة أو السلامة أو الملاءمة من قبل

إدارة تابعة لوزارة الصحة مع موظفين مدربين لفحص جودة وكفاية مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص. ويمكن استدعاء هؤلاء الأفراد المفتشين الميدانيين. كما يجب ألا يكون هؤلاء المفتشون جزءًا من دائرة التفتيش والترخيص بوزارة الصحة أو يعملون بها، بل يجب أن يقدموا تقاريرهم مباشرة إلى وزير الصحة.

يمكن تشجيع صناديق التأمين الصحي على التعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص المعتمدين أو المعتمدين للجودة، أو يمكن إنشاء حوافز إضافية لمكافأة الجودة والسلامة بين مقدمي الرعاية.

في النموذج الموصى به، يمكن لشركات التأمين الصحي الخاصة أن تلعب دورًا مهمًا في توسيع الخيارات للأفراد في ليبيا. وعلى وجه الخصوص، قد تكون هناك حاجة إلى التأمين الصحي التكميلي لأولئك الذين هم على استعداد لاستخدام القطاع الخاص فقط للحصول على الخدمات الصحية بشكل أكثر راحة.

5.1.3 إصلاحات تقديم الخدمات الصحية

إن النظام الصحي الليبي غير ملائم بالرغم من أن مرافق الصحة العامة تستوفي معايير منظمة الصحة العالمية من حيث عدد الأسرة لكل 1000 شخص. ومع ذلك، فإن التوزيع غير المتكافئ للأسرة ومرافق الرعاية الصحية عبر المناطق ومنشآت الرعاية الصحية في المناطق المختلفة يزيد من سوء إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وتوافرها. وفي العديد من المناطق، تكون أسرة المستشفيات فارغة تقريبًا كما هو مقترح من معدلات إشغال الأسرة. ويتم الإبلاغ عن إحصائيات خاطئة من قبل مديري هذه المستشفيات المنتشرة على نطاق واسع لأن الميزانية مخصصة للمستشفيات بناءً على عدد الأسرة وليس على الأداء الفعلي وإشغال الأسرة والقبول. كما أن العديد من مرافق الصحة العامة قد تضررت وسُرقت بعض أصولها، ويفتقر العديد من المرافق الصحية إلى المعدات اللازمة لتقديم خدمات صحية عالية الجودة.

تمتلك مرافق الرعاية الصحية العامة الصيدليات ومخازن المستلزمات الطبية الخاصة بها. ومع ذلك، لم يتم تخصيص أي ميزانية لإمداداتهم الطبية وأدويتهم. وبهذا يجب عليهم الاعتماد على نظام الإمداد الطبي لمنظمات الخدمات الإدارية. ويستغرق الأمر وقتًا لإكمال إجراء إعادة إمداد المستودعات الطبية والصيدليات لمرافق الرعاية الصحية العامة، وأحيانًا تشهد مرافق الرعاية الصحية العامة نفاد المخزون لأكثر من ثلاثة أشهر.

إن جودة مرافق الرعاية الصحية الأولية والخدمات التي تقدمها سيئة للغاية. كما تضررت العديد من مرافق الرعاية الصحية الأولية، وهي تحاول تقديم خدماتها في ظل ظروف غير مناسبة وبدون معدات أساسية.

هناك فقر تسببه البطالة. هذه الحقيقة هي أهم عائق أمام الوصول إلى الخدمات الصحية في كل مكان في العالم. إذا استمر معدل البطالة المرتفع، فإن أي تغيير لتقليل حصة الجمهور في تمويل الخدمات الصحية وتقديمها يمكن أن يكون له تأثير سلبي على إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية في ليبيا.

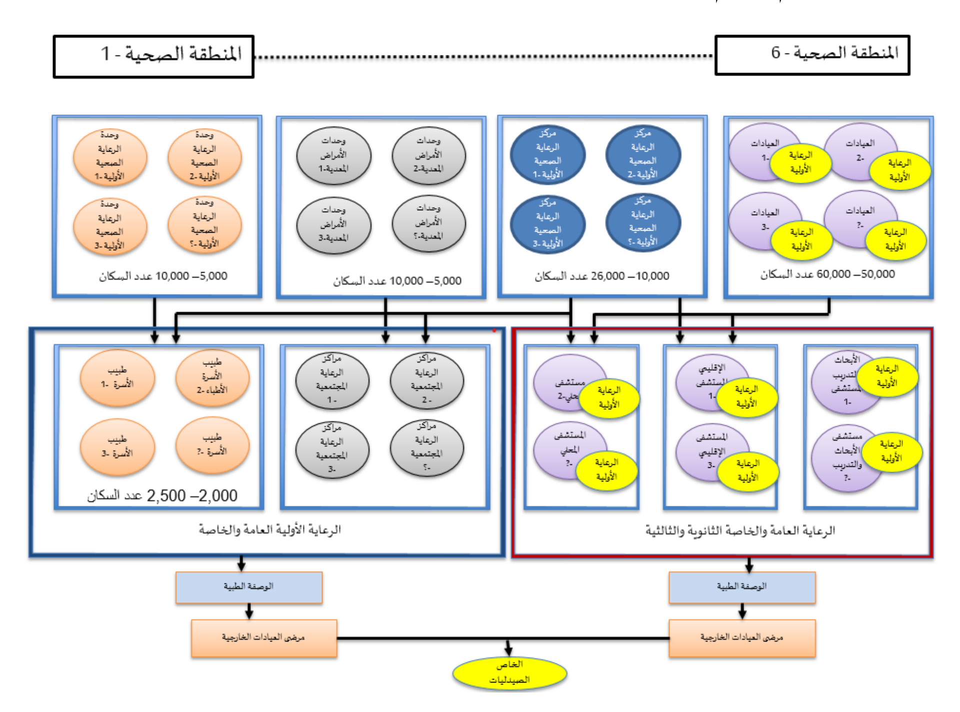
قد تؤدي الخبرة السابقة في تنظيم تقديم الخدمات الصحية والدور المهيمن للدولة في تمويل الخدمات الصحية إلى جعل السياسات الصحية وصناع القرار في ليبيا يعتقدون أن تقديم الخدمات الصحية المركزية المملوكة للدولة أكثر ملاءمة لليبيا قد تدعم تجارب بعض الدول العربية الأخرى (مثل تونس) والبلدان النامية (مثل سريلانكا) وحتى بعض البلدان المتقدمة (إيطاليا أو المملكة المتحدة) هذا النهج. ومع ذلك، قد تشير التجارب السابقة مع الإدارة المركزية في قطاع الصحة والقطاعات الأخرى إلى أن مركزية المسؤوليات والإدارة المركزية للنظام الصحي لم تسفر عن النتائج المرجوة. الأسباب المحتملة هي كما يلي:

1. مستوى الثقة في القرارات التي تتخذها السلطات المركزية ضعيف. كان يُعتقد أن بيروقراطية الحكم التاريخية والصراع بين الاستقطاب بين الشرق والغرب يعزز هذا التفكير. قد تكون هذه الحقيقة قد دفعت صانعي السياسات والقرارات الصحية إلى قبول بعض محاولات الإصلاح قبل عام 2011 لإضفاء اللامركزية على النظام الصحي. وأدى فشل محاولات اللامركزية مرة أخرى إلى إجبار صناع القرار والسياسات الصحية على تحديث النظام الصحي.
2. تشير جميع الأدلة إلى أن الفساد منتشر ليس فقط في قطاع الصحة ولكن أيضًا في القطاعات الأخرى. ويضعف الارتباط بالفساد جميع المحاولات لتنظيم النظام الصحي وزيادة فعاليته، بغض النظر عن حسن نية السياسة الصحية وصانعي القرار. كما أن هذا الإيمان بالفساد وانعدام الثقة يقوض التنسيق بين السلطات المركزية والمحلية وأدوارها في النظام الصحي.
3. إن المحاولات والأدوار غير المنسقة للسلطات المركزية والمحلية الناجمة عن الفساد وعدم الثقة في مختلف جوانب النظام الصحي تجعل النظام غير فعال.

لهذه الأسباب، تحتاج ليبيا إلى إيجاد نظام لتعزيز التنسيق بين السلطات المركزية والمحلية ولوائح وآليات جديدة لاجتثاث الفساد في جميع القطاعات، بما في ذلك الصحة. قد يكون أفضل حل لتنظيم تقديم الخدمات الصحية هو مزيج من التنظيم المركزي والإقليمي. بالنظر إلى المناطق الصحية الست في ليبيا، يمكن تنظيم مقدمي الرعاية الصحية في هذه المناطق، ويمكن للحكومة المركزية ووزارة الصحة دعم هذه المناطق. لا ينبغي اعتبار مقدمي الرعاية الصحية الخاصة والعامة كمنافسين، بل يجب اعتبارهم شركاء في تحسين أهداف النظام الصحي الشاملة. ومع ذلك، يجب أن يوضع في الاعتبار أن القطاع العام يجب أن يكون دائمًا قويًا بما يكفي لتلبية الحد الأدنى من توقعات المستخدمين

والمواطنين. لهذا السبب، يجب السماح للعموم الليبي باستخدام كل من مقدمي الرعاية الصحية المتعاقدين من القطاعين العام والخاص من خلال دفع مدفوعات مشتركة محددة مسبقًا لخدمات الرعاية الصحية أو تقنياتها أو إجراءاتها (تمت مناقشتها في القسم الخاص بالتمويل). يتم عرض نظام التوزيع الموصى به في الشكل 10.

الشكل 10. تنظيم تقديم الخدمات الصحية الموصى به



في النموذج الجديد لتنظيم تقديم الخدمات الصحية، يجب إعادة تحديد دور مرافق الرعاية الصحية الأولية. في النظام الحالي، من المتوقع أن تدعم المستشفيات في المستويين الثانوي والثالثي من خلال تقليل عبء المرضى في المستشفيات. في النظام الحالي، هناك ثلاثة أنواع من مرافق الرعاية الصحية الأولية، وهي مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCCs)، ووحدات الأمراض المعدية (CDUs)، والعيادات الشاملة (PCs)، والتي من المفترض أن تقدم الرعاية الصحية الأولية وبعض خدمات الرعاية العلاجية، وكذلك العقاقير الطبية للمرضى الخارجيين. ومع ذلك، فهي غير مزودة بالموظفين والتجهيزات والدعم بشكل فعال من قبل السلطات المركزية ووزارة الصحة، ولا من قبل السلطات الصحية المحلية أو البلديات أو المستشفيات الإقليمية. كما يوصى بشدة أن تركز مرافق الرعاية الصحية الأولية على الرعاية الترويجية والوقائية كمكونات أساسية لخدمات الرعاية الصحية الأولية. وإذا ما لم يتم تزويدهم بما يكفي من الموظفين والتجهيز والدعم، يكاد يكون من المستحيل أن نتوقع منهم تقديم

خدمات رعاية صحية عالية الجودة وفعالة وذات كفاءة. يبدو أن القدرة الحالية للنظام الصحي من حيث البنية التحتية والقوى العاملة الصحية والأجهزة الطبية غير قادرة على دعم مرافق الرعاية الصحية الأولية الحالية لمواصلة مسؤولياتها الحالية. لهذه الأسباب، يمكن إعادة هيكلة مرافق الرعاية الصحية الأولية الحالية وإعادة تنظيم أدوارها، بحيث قد يكون هناك تقسيم واضح للعمل لتوفير خدمات الرعاية الأولية والعلاجية لمستخدميها من خلال التركيز على أدوارهم الأولية المحددة حديثًا.

في النموذج الموصى به، ينبغي تنفيذ أدوار مرافق الرعاية الصحية الأولية الحالية من قبل مراكز أطباء الأسرة أو مراكز الممارسين العامين (FPCs أو GPCs)، ومراكز الرعاية المجتمعية (CCCs). من المعروف أن طب الأسرة هو مجال وتخصص يتطلب التدريب والتعليم بعد كلية الطب. ومع ذلك، يمكن تعيين الممارسين العامين الحاليين أو الأطباء المتخصصين في الجراحة العامة، والطب الباطني، والتوليد وأمراض النساء، أو طب الأطفال كعائلة أو ممارسين عامين في مراكز أطباء الأسرة أو الممارسين العامين خلال الفترة الانتقالية. وعلى المدى الطويل، يمكن إنشاء حوافز إضافية لتحفيز الأطباء على التدريب كأطباء أسرة بعد التخرج من كلية الطب، ويمكن استبدال الممارسين العائليين والممارسين العامين السابقين بأولئك الذين يتم تدريبهم كأطباء أسرة.

قد يكون مراكز الرعاية المجتمعية دورا أوسع في تقديم بعض خدمات الرعاية الصحية الأولية مثل حملات الحد من التبغ، والسيطرة على السمنة، وتعزيز أسلوب الحياة الصحي، والتشخيص المبكر لبعض الأمراض مثل سرطان الثدي، وأنشطة التحصين، أو إنشاء وإدارة مختبرات معينة تقديم خدمات التشخيص الأساسية لدعم مراكز أطباء الأسرة و مراكز الممارسين العامين المستعدين لتشخيص وتخطيط العلاج لمرضاهم دون إحالتهم إلى المستشفيات.

في النموذج الجديد، لا ينبغي تعريف مراكز أطباء الأسرة أو مراكز الممارسين العامين و مراكز الرعاية المجتمعية على أنها حراس بوابات المستشفيات، ولكن بدلاً من ذلك كمقدمين رئيسيين لخدمات الرعاية الصحية الأولية. لن يتحقق دور حارس مرافق الرعاية الصحية الأولية إلا عندما يتم توفير خدمات رعاية صحية أولية نشطة وفعالة للمستخدمين، ويتم تزويدهم بالموظفين والتجهيز والدعم بشكل فعال.

في النظام الحالي، تعتبر العيادات الشاملة خدمات رعاية صحية أولية وثانوية، مما يزيد العبء على هؤلاء مقدمي الخدمة. في النموذج الجديد الموصى به، يجب تنظيم العيادات الشاملة إما كمقدم رعاية صحية أولية أو مقدم رعاية صحية علاجية مثل المستشفى، مع مراعاة قدرات هذه المراكز واحتياجات المنطقة الصحية.

في النموذج الموصى به لتقديم خدمات الرعاية الصحية في المناطق الصحية، يتم تصنيف المستشفيات على أنها مستشفيات محلية ومستشفيات إقليمية ومستشفيات إقليمية أو وطنية للبحث والتدريب. يجب تحديد دور هذه المستشفيات لتكون بمثابة نظام إحالة موصى به بين مقدمي الرعاية الصحية في ليبيا. وفي النظام الجديد، يمكن تصنيف المستشفيات المحلية والإقليمية إلى فئتين: قد يكون للمستشفيات من الفئة الأولى سعة وعدد أسرة أقل، ومن المتوقع أن تقدم الخدمات في مناطق صغيرة نسبيًا يتراوح عدد سكانها بين 20000 و 50000؛ وقد تتمتع مستشفيات الفئة الثانية بقدرة أكثر تقدمًا، ومن المتوقع أن تقدم خدمات في مناطق أكبر نسبيًا يزيد عدد سكانها عن 50000 نسمة. كما يمكن تصنيف المستشفيات حسب سعتها (خمس فئات - أ، ب، ج، د، هـ). وفي هذا النوع من التصنيف، يمكن تصنيف المستشفيات الصغيرة نسبيًا على أنها (هـ)، بينما يمكن تصنيف المستشفيات الأكبر حجمًا على أنها (أ). نظرًا للقدرة الحالية ودور العيادات الشاملة، من المتوقع إعادة تنظيم العديد منها في مستشفيات من الفئة (هـ) أو (د).

من المستحسن أن يكون لكل منطقة صحية مستشفى إقليمي واحد على الأقل للبحث والتدريب لتقديم خدمات صحية أكثر تقدمًا باستخدام تقنيات أكثر تقدمًا وحداثة وموظفين مدربين بشكل أفضل. كما يجب أن تكون هذه المستشفيات مراكز تدريب وبحث للأطباء والممرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين. ويمكن اعتبار هذه المستشفيات مستشفيات إحالة. ومن المتوقع أن تقدم هذه المستشفيات علاجات وإجراءات أكثر تحديدًا وتعقيدًا، ويجب أن تكون مزودة بموظفين ومجهزة بتكنولوجيا أكثر تقدمًا، وأن تكون كبيرة بما يكفي (يفضل أن يتواجد فيها حوالي 1000 سرير). يجب أن تكون هذه المستشفيات الوطنية للبحث والتدريب مملوكة للجامعات وتمول من ميزانية الدولة بدلاً من صندوق التأمين الصحي الموصى به.

يعد توفير الأدوية والمستحضرات الصيدلانية اللازمة أيضًا جانبًا مهمًا من تنظيم تقديم الخدمات الصحية. أما في النظام الصحي الحالي، يتم توفير الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الموصوفة من قبل متاجر الإمدادات الطبية التي تملكها أو تديرها مرافق الصحة العامة. وتعاني صيدليات مرافق الصحة العامة من نقص مزمن وشديد في معظم الأدوية الأساسية. ومن المفارقات أن هناك أطنانًا من الأدوية منتهية الصلاحية بسبب الإدارة السيئة للأدوية وسلسلة التوريد. كما أن عدم وجود نظام فعال لإدارة الأدوية هو عامل حاسم لهذا التوزيع الضعيف. لذلك، تعتبر زيادة اختيار المريض والمواطن أمرا بالغ الأهمية لزيادة رضا مستخدمي الخدمة وتحسين أداء النظام الصحي. لهذا السبب، يوصي النموذج الجديد بأن الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الموصوفة للمرضى الخارجيين الذين يتم فحصهم في الرعاية الأولية العامة أو الخاصة، يتم الاستغناء عن مرافق الرعاية الثانوية أو الثالثة من قبل الصيدليات الخاصة المتعاقد معها والتي لديها مخازن، والأدوية الضرورية والإمدادات الطبية الأخرى،

وسلسلة إمداد طبية محسنة. قد تستمر مراكز رعاية المجتمع في امتلاك صيدليات صغيرة لتوفير بعض الأدوية الأساسية لأغراض الصحة العامة.

يوصى بشدة أن تقوم المستشفيات أو المراكز بتوفير جميع الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة للمرضى الداخليين أنفسهم. يجب أن يُلزم القانون المستشفيات أو المراكز التي تقدم خدمات المرضى الداخليين بتوفير جميع المستلزمات الطبية والأدوية اللازمة من صيدلياتها، ولا يُسمح للمرضى أو أي وكيل بالحصول على المستلزمات الطبية والأدوية اللازمة من المستشفيات أو المراكز. ويُطلب من الأطباء وصف الأدوية والعقاقير لمرضاهم في المستشفى باستخدام المكونات النشطة. كما قد يُسمح للمستشفيات بشراء الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة من خلال عملية تقديم العطاءات.

من المتوقع أن تواجه ليبيا المزيد من الأمراض المزمنة في المستقبل القريب. وبالتالي، فإن تنظيم الخدمات الصحية إلى جانب الخدمات الاجتماعية سيكون أحد العوامل الحاسمة التي تؤثر على نجاح النظام الصحي. ويمكن النظر في تجربة الدول الاسكندنافية. في هذه الحالة، قد يكون من الضروري إشراك السلطات المحلية والبلديات في تنظيم وتقديم نوع من خدمات الرعاية الصحية الأولية، مثل الرعاية الصحية المنزلية، وتعزيز الصحة والتعليم، أو برامج الفحص. في النموذج الموصى به لتنظيم تقديم الخدمات الصحية، ينبغي السعي للحصول على دعم البلديات ودورها في تنسيق ودعم الخدمات الصحية المجتمعية كجزء من مسؤوليات مراكز أطباء الأسرة ومراكز رعاية المجتمع. يمكن للبلديات إنشاء فرق الدعم الصحي والاجتماعي المنزلية، يتألف من الأطباء والممرضات والمعالجين ومقدمي خدمات الصحة العقلية وغيرهم من أخصائيي الدعم الصحي والاجتماعي. يمكن لهذه الفرق تقديم خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية المنزلية للمرضى، بالتنسيق مع مراكز أطباء الأسرة (أو الممارسين العامين) و مراكز رعاية المجتمع.

يوصى بوضع نظام إحالة بين مقدمي الرعاية الصحية العامة في المناطق الصحية. في النموذج الموصى به، تكون نقطة الاتصال الأولى لمستخدمي الرعاية الصحية هي الممارس العام أو طبيب الأسرة. لهذا السبب، يجب تعزيز دور أطباء الأسرة أو الممارسين العامين لإحالة مرضاهم إلى أنسب المراكز للحصول على خدمات أكثر فعالية من حيث التكلفة. يمكن لأطباء الأسرة أو الممارسين العامين إحالة مرضاهم إلى مرافق الرعاية الصحية العامة أو الخاصة في منطقتهم لزيادة الرضا عن نظام الرعاية الصحية والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وكذلك اختيار المواطنين.

في النموذج الموصى به للنظام الصحي الليبي، من المتوقع أن يلعب القطاع الصحي الخاص دورًا أكبر في تقديم خدمات الرعاية الصحية كشريك للقطاع العام وليس كمنافس في تلبية توقعات المواطنين الليبيين. يمكن أن يكون دور القطاع الخاص مكملا، وهو يؤدي هذا الدور من خلال التعاقد مع صندوق التأمين الصحي الموصى به لتقديم الخدمات الصحية للمواطنين الليبيين. يمكن أيضًا توسيع

هذا الدور من خلال تشجيعهم على تقديم خدمات رعاية صحية متطورة وفعالة من حيث التكلفة والتي تتطلب أحدث التقنيات داخل مرافق الرعاية الصحية العامة وفقًا للوائح. وفي ظل النظام الحالي، يمكن لمرافق الرعاية الصحية العامة، وخاصة مراكز التدريب الطبي، الاستعانة بمصادر خارجية لبعض الخدمات الصحية للقطاع الخاص.

5.1.4 إصلاحات القوى العاملة الصحية

هناك نقص في الممارسات الجيدة في إدارة القوى العاملة الصحية. تؤدي وزارات الصحة، والمالية، والعمل، والتخطيط وظائف إدارة القوى العاملة الصحية بطريقة غير منسقة. فالمستشفيات العامة حرة في تعيين الموظفين ولكنها ليست مسؤولة عن أدائهم ورواتبهم. لهذه الأسباب، على وزارة العمل التنسيق مع إدارة العاملين الصحيين في وزارة الصحة. ويمكن أن يساعد ذلك في مكافحة الفساد واتخاذ قرارات عقلانية بشأن التخطيط والتدريب والترويج والجوانب المهمة الأخرى لوظائف القوى العاملة الصحية.

إن الدافع والحوافز للقوى العاملة الصحية هي مشكلة رئيسية. ويدفع الافتقار إلى كل من المهنيين الصحيين الليبيين ذوي الخبرة والمؤهلين إلى مغادرة البلاد حيث يمكنهم بسهولة العثور على عمل في البلدان المتقدمة. فالعمل في المرافق الصحية ذات البيئة غير السارة وظروف العمل الصعبة، والتعامل مع الزحام، وتلقي رواتب أقل هي العوامل التي تقلل من تحفيز الموظفين الصحيين. لذلك يوصى بزيادة رواتب العاملين الصحيين المشاركين مباشرة في تقديم الخدمات الصحية والعمل الفني. كما أن هناك حاجة لزيادة الحوافز وتنويعها، خاصة للعاملين في المناطق النائية وأسرهم، لمعالجة عدم المساواة في الخدمات الصحية وسوء التوزيع.

من الواضح أن هناك العديد من الموظفين الإداريين بنسبة أكثر من اللازم. ويرجع السبب الرئيسي لهذه المشكلة إلى استقلالية مديري الرعاية الصحية في تعيين الموظفين. إذ لا يتردد المديرون في تعيين المزيد من الموظفين حيث يتم دفع الرواتب من قبل وزارة المالية. ولا يوجد أيضًا نظام لرصد الأداء الوظيفي لهؤلاء الموظفين، كما تقلل هذه الحقائق من مسؤولية المديرين في تعيين المزيد من الموظفين. قد يتم نصحهم من قبل السياسيين أو القادة المحليين المؤثرين أو القبائل والأقارب. لذلك، يجب أن يتم تنفيذ وظائف الموارد البشرية بشكل علمي وموضوعي، سواء على المستوى المركزي أو على المستوى المؤسسي. فهناك حاجة إلى تحليل ووصف الوظيفة لتحسين تخطيط الموارد البشرية لتقدير عدد ونوعية الموارد البشرية اللازمة على المستوى المؤسسي.

في النظام الحالي، يتم تعيين المهنيين الصحيين على أساس عقد، ويتم تجديد عقودهم سنويًا. لكن لا توجد رقابة ونظام للتحقق من أدائهم وإنجازاتهم المهنية في نهاية كل عام، وعادة ما يتم تجديد عقودهم.

من المستحسن ألا يكون الاستقلالية في تعيين موظفي الرعاية الصحية في أيدي مدراء عاديين لمرافق الرعاية الصحية العامة، وأن تكون هذه المسؤولية على المستوى المركزي. ويمكن تنفيذه بسهولة على المستوى المركزي لأن ليبيا بلد صغير نسبيًا من حيث عدد السكان، كما يمكن تقييم احتياجات مرافق الصحة العامة الفردية من حيث العدد والجودة ونوع المهنيين الصحيين، بناءً على دراسات الوصف الوظيفي والتحليل. يمكن تحديد قواعد تجديد العقد من خلال إعداد مؤشرات الأداء الوظيفي، ومن ثم يمكن تفويض مسؤولية تعيين الموظفين اللازمين وتقييم أدائهم الوظيفي في ضوء مؤشرات الأداء المحددة مسبقًا إلى مديري المستشفيات. ومع ذلك، يمكن اختيار كبار المديرين في مستشفى عام وتعيينهم على أساس عقد. يجب تحديد القواعد والمعايير الخاصة بكل مرفق رعاية صحية عامة للأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية من خلال النظر في نتائج الدراسات التحليلية والتوصيفات الوظيفية العلمية، فضلاً عن القدرات وأعباء المرضى في مرافق الرعاية الصحية. كما يجب الحصول على إذن من السلطات الصحية الإقليمية ووزارة الصحة قبل تعيين أي موظف صحي.

تشير الأرقام الإحصائية إلى أنه لدى ليبيا قوة عاملة صحية تتجاوز معايير منظمة الصحة العالمية. لكن المشاكل تكمن في نوعية القوى العاملة الصحية وسوء توزيعها في البلاد. وذكر العديد من المخبرين الرئيسيين أن غالبية الممرضات العاملات في مرافق الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات هم في الواقع ممرضات تم تدريبهن في دورات قصيرة الأجل، وأنهن غير قادرات على تقديم خدمات تمريض عالية الجودة ومتوقعة. وهناك حقيقة أخرى وهي أنه لا يوجد قانون طبي محدث يحكم تعريفات ومسؤوليات ومتطلبات المهنيين الصحيين في ليبيا. وبهذا، من الشائع أن ترى عامل فني أو شخصًا لم يتخرج من ممارسة كلية الطب كطبيب ويتلقى راتبًا أعلى حتى من الطبيب الذي تم تدريبه في كلية الطب وقضى سنوات عديدة في دراسة الطب. كما لا يرغب العديد من المهنيين في العمل في المناطق النائية ومرافق الرعاية الصحية المكتظة. إذ أنهم يفضلون العمل في المدن الكبيرة وفي مرافق الرعاية الصحية الأولية. لهذا السبب، من الممكن رؤية "مرفق رعاية صحية بدون طبيب واحد، ومرفق يعمل فيه الموظفون ثماني أو خمس ساعات فقط في الأسبوع أو يأتون للعمل يومًا واحدًا فقط في الأسبوع، فبسبب العدد الكبير من الموظفين منذ ذلك الحين لا توجد مقاعد كافية لهم جميعا". وفي هذه النواحي، لا تزال توصيات أوكلي وآخرون (2013) صحيحة بالنسبة لليبيا: "ليبيا بحاجة إلى تنظيم مهني، وهناك حاجة إلى إنشاء هيئات تنظيمية مهنية مستقلة لتنظيم الخدمات الطبية، وطب الأسنان، والأدوية، والتمريض، وغيرها من المهن الصحية المساعدة، ويجب أن تكون هذه الهيئات مؤسسات قانونية وغير حكومية، ويجب أيضًا أن يعملوا بشكل مستقل ولكن يجب أن يكونوا متناغمين مع بعضهم البعض. اختصاصهم هو تنظيم المهن من خلال التسجيل والشهادة وإعادة التأهيل. يجب أن يكونوا مسؤولين أيضًا عن إصدار التوجيهات المهنية والمعايير الأخلاقية ومدونات السلوك"، و"يجب أن تكون إعادة

توزيع القوى العاملة ضرورية بناءً على الاحتياجات الإقليمية والمؤسسية، وتحليل مفصل للقوى العاملة الحالية، بما في ذلك الأعداد والفئات ومزيج المهارات، المطلوبة بشكل عاجل" (Oakley et al, 2013). على الرغم من وجود هيئة حديثة الإنشاء برئاسة رئيس الوزراء مسؤولة عن تنظيم العديد من الجوانب المتعلقة بمهني الرعاية الصحية، للأسف لم يتم إجراء أي تحسين لمعالجة المشاكل الحالية.

وفقًا للإحصاءات وآراء المخبرين الرئيسيين، هناك عدد كافٍ من كليات الطب والتمريض والمدارس الصحية الأخرى المتحالفة في ليبيا. كما أن المشكلة هي إبقاء الخريجين الجدد في ليبيا. وهناك حقيقة أخرى هي أنه لا يوجد أساتذة وأساتذة مساعدون أو حتى محاضرون في كليات الطب، مما يقلل من جودة كليات الطب. إذ يوصى بتعزيز برامج التعليم الحالية من خلال توظيف أساتذة أكثر خبرة وتأهيلًا وأعضاء هيئة تدريس آخرين بدلاً من فتح مدارس جديدة في ليبيا.

5.1.5 إصلاحات للتجهيزات الطبية والتقنيات

في جميع البلدان، يكون قطاع الأدوية عرضة للمعاملات غير الشفافة من قبل مجموعات المصالح الخاصة والأفراد الذين يضعون ثرواتهم في بعض الأحيان فوق المصلحة العامة. وبشكل عام، يمكن أن تنشأ المشاكل عندما يكون المسؤولون في موقع سلطة لاتخاذ قرارات تؤثر على توليد الدخل للأفراد أو الشركات، وعندما تكون القواعد غامضة مع نقص الشفافية والرقابة العامة. وتعتبر نقاط الضعف الهيكلية هي الأفراد أو اللجان التي تتخذ قرارات بشأن التسجيل والترخيص والتسعير والمشتريات وإدراج الأدوية في قوائم السداد (Celik & Seiter, 2008).

كما هو مبين في نتائج البحث النوعي، أشار العديد من المخبرين الرئيسيين إلى وجود مشاكل في جميع جوانب المنتجات والتقنيات الطبية تقريبًا، ابتداءا من التسجيل إلى السداد. ويخلق النظام الحالي لتسجيل المنتجات الطبية والأدوية الكثير من المشاكل. في النظام الحالي، تطلب وزارة الصحة من المصنعين أن يكونوا مسجلين في الدولة. وفي ظل هذا النظام، قد تتمكن شركات الأدوية الدولية وكبار مستوردي الأدوية من التأثير على القرارات المتعلقة بالمنتجات التي يجب استيرادها، والأدوية التي يتم إدراجها كأدوية أساسية والتي يتم تعويضها من قبل وزارة الصحة، وأي الأدوية الأصلية باهظة الثمن لاستخدامها بدلاً من الأدوية الجنيسة. لهذا السبب، يمكن الاستنتاج أنه يجب على ليبيا إجراء العديد من التغييرات والإصلاحات في جانب المنتجات والتقنيات الطبية:

التنظيم: يوصى بإصلاح منظمات الخدمات الإدارية لزيادة فعاليته ولعب دوره بشكل أكثر كفاءة في التسجيل والتسويق والموافقة / الترخيص وتسعير الأدوية والتصنيف القانوني ومراقبة الإعلان عن المنتجات الصيدلانية والتفتيش على مصنعي الأدوية وتجار الجملة وصيدليات التجزئة. ويمكن أن تكون المنظمة التي تم إصلاحها إما إدارة مستقلة مثل نيس (NICE) في المملكة المتحدة أو أكثر استقلالية

وملحقة بوزارة الصحة. ويجب أن تكون هذه المنظمة مسؤولة عن تحديد الإمدادات الطبية الشاملة وسياسة الأدوية، وجمع وتحليل البيانات اللازمة لتطوير السياسة الصحية في ليبيا.

التسجيل: يطالب قانون الطب في ليبيا منتجي الأدوية الوطنيين والدوليين بتسجيل مواقع تصنيعهم لاستيراد أو بيع أدويتهم في ليبيا. ويوصى بتسجيل المنتج أو الدواء بدلاً من موقع التصنيع. يجب أن تكون شركات الأدوية الدولية ملزمة بفتح كيانات تجارية محلية. وبالتالي، فإن أي منتج دوائي مستورد إلى ليبيا يجب أن يتم تسجيله باسم الوكيل الليبي أو كيان تجاري ليبي. وقد يكون التسجيل المسبق من قبل سلطة مختصة أو لجنة خبراء مماثلاً لموافقة إدارة الأدوية الفيدرالية الأمريكية أو وكالة الأدوية الأوروبية. يوصى بشدة بأن تستخدم الحكومة الليبية الأدوية الجنيسة عند توفرها. إنها حقيقة أن العديد من البلدان، حتى البلدان المتقدمة، تستخدم الأدوية الجنيسة كأداة استراتيجية لتقليل عبء الإنفاق على الأدوية، أو زيادة المنافسة أو تشجيع الأدوية المبتكرة.

التسعير: كما ورد في الأقسام السابقة، لا توجد جهة واحدة تحدد أسعار الأدوية في ليبيا. ومن المتوقع أن تحدد وزارة المالية السعر الأساسي، وتطبق صيدليات التجزئة هامش ربحها على هذا السعر. وبسبب نقص التفتيش والرقابة على صيدليات البيع بالتجزئة، تختلف أسعار المنتجات الصيدلانية نفسها من صيدلية إلى أخرى ومن منطقة إلى غيرها. ولهذا يوصى بأن تستخدم السلطات الصحية الليبية السعر الخارجي عند دخول منتج جديد مستورد ومسجل إلى البلاد، واستخدام السعر الداخلي عند تقرير ما إذا كان المنتج سيتم تعويضه أو ما إذا كان مدرجًا في القائمة الإيجابية أو قائمة الأدوية الأساسية التي يتم تعويضها عن طريق الحكومة.

التسعير الخارجي: ذكر المخبرون الرئيسيون أن ليبيا تدفع أسعارًا أعلى لنفس المنتج مقارنة بالدول المجاورة. كما قالوا إن هناك العديد من حالات الفساد لعدم وجود سلطة واحدة لتحديد الأسعار والتحكم فيها. وقد أدى هذا الوضع إلى زيادة حالات تهريب المخدرات من الدول المجاورة.إذ أن ليبيا بلد يربط إفريقيا بأوروبا وشبه الجزيرة العربية، لذلك يمكن بسهولة مقارنة أسعار المستلزمات والمنتجات الطبية المتوفرة في الدولة مع أسعار البلدان والاتحادات الأخرى مثل الاتحاد الأوروبي أو منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا أو دول الخليج. ولهذا يوصى بأن تتبنى ليبيا نهجًا مشابهًا لذلك المستخدم في تركيا للتسعير الخارجي، كما يجب تنظيم أسعار الأدوية في ليبيا ومراقبتها وتعديلها من قبل منظمات الخدمات الإدارية الموصى بها، ويجب تحديد السعر الأولي للمنتج أثناء عملية الترخيص. يمكن تحديد السعر الأولي والمرجعي للمنتج بناءً على أقل سعر تسليم المصنع بين دول الاتحاد الأوروبي أو الشرق الأوسط أو الخليج المختارة. على سبيل المثال، تستخدم تركيا أقل سعر تسليم مصنع من بين خمس دول في الاتحاد الأوروبي (فرنسا وإسبانيا وإيطاليا والبرتغال واليونان). ويمكن أن تتغير البلدان المرجعية ويمكن أن يزيد عددها. ويتم تحديد السعر النهائي للمنتج عن طريق إضافة هوامش ربح تجار

الجملة وصيدليات التجزئة وضريبة القيمة المضافة. كما قد تقرر الحكومة الليبية هوامش الربح والضرائب، والتي قد تكون أقل أو قد لا يتم قبول الضريبة لخفض الأسعار، ويمكن لأسعار الأدوية الجنيسة أن تكون أقل من أسعار الأدوية ذات الأسماء التجارية.

السداد والتسعير الداخلي: يتم استخدام التسعير الداخلي عندما يتعين اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان منتج جديد أو عقار جديد مدرجًا في قائمة الحكومة القابلة للاسترداد أو يتم إضافته إلى القائمة الإيجابية أو قائمة الأدوية الأساسية، كما هو الحال في ليبيا. ولهذا، يوصى بأن تشكل ليبيا لجنة لاتخاذ قرارات بشأن الأدوية التي ستدرج في قائمة التعويضات والتي يمكن أن تضم أعضاء لجنة السداد من ممثلين عن أصحاب المصلحة الرئيسيين مثل وزارة المالية ووزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي الموصى به. ويجوز لهذه اللجنة أن تجتمع بشكل دوري لاتخاذ قرارات جديدة أو تحديث قائمة الأدوية القابلة للاسترداد أو تحديد أسعارها. يجب أن تساعد هذه اللجنة بعض الخبراء أو اللجان الفنية الأخرى مثل "هيئة التقييم الطبي والاقتصادي". وكأساس لقرارهم، تقوم اللجان والهيئات بمراجعة البيانات المتعلقة بالفعالية والأمان والمزايا السريرية وعلم الاقتصاد الدوائي.

قد يطلب صندوق التأمين الصحي الموصى به معدلات خصم إضافية أو قانونية للأسعار التي ستكون في كتيب الوصفات. قد يتغير معدل الخصم القانوني مع تغير أسعار الأدوية، ويمكن تصنيف أسعار الأدوية للجمهور إلى ثلاث فئات. فإذا كان السعر أقل، يكون معدل الخصم المطلوب أيضًا أقل. وتختلف معدلات الخصم أيضًا بالنسبة للأدوية الأصلية أو العامة. يُتوقع من منتجي أو مستوردي الأدوية التي لا تتوافر لها الأدوية الجنيسة أن يقبلوا معدلات خصم أعلى ويمكن أن تكون هناك أيضًا معدلات خصم للصيدليات، اعتمادًا على إيراداتها.

الشراء والتوزيع: في النظام الحالي، تكون منظمة الخدمات الإدارية مسؤولة عن شراء جميع المعدات الطبية والأدوية من قبل مرافق الصحة العامة على جميع المستويات وتكون مسؤولة أيضًا عن توزيع وتحديث المستودعات الصيدلانية في مرافق الرعاية الصحية العامة. وبسبب نقص وحدات التخزين الطبية المناسبة في جميع أنحاء البلاد، ونقص البيانات المتاحة عن المعدات الطبية والأدوية التي تحتاجها مرافق الصحة العامة، ونقص الموارد البشرية المناسبة، أو الافتقار إلى الشفافية والحكم الرشيد، نشأت العديد من المشاكل، مثل الفساد أو العمل بأدوية أو معدات غير متوفرة. من الأفضل أن تكون هذه المنظمة الموصى بها عبارة عن هيئة تنظيمية بدلاً من مجرد خدمة لتلبية احتياجات مرافق الصحة العامة. ولكن يجب أن يتم التعامل مع وظائف الشراء والتخزين والتوزيع من قبل تجار الجملة والموزعين الخاصين، أو الصيدليات. كما يمكن إجراء المشتريات أو المناقصات الخاصة بالأدوية والمعدات من قبل إدارة المستشفيات العامة، بحيث تشتري المستشفيات الأدوية مباشرة من الشركات أو تجار الجملة بعد عملية المناقصة. يجب تحديد الإجراءات والقواعد في "قانون العطاءات العامة"

الموصى به والذي يحدد الخطوات الواجب اتباعها في أي مشتريات عامة، ويمكن مراقبة جميع الخطوات من قبل "مؤسسة المشتريات العامة" الموصى بها ويجب شراء جميع الأدوية المستخدمة في المستشفيات باتباع هذه القواعد، كما يجب على جميع مرافق الرعاية الصحية العامة الراغبة في تقديم عطاءات الإعلان عن ذلك علنًا ودعوة جميع البائعين للمشاركة في عملية المناقصة من خلال نشر إعلاناتهم في الموقع الإلكتروني لمؤسسة المشتريات العامة. يجب إلزام جميع المستشفيات العامة بتوفير الأدوية المجانية للمرضى الداخليين، ويمكن تغريم المستشفيات إذا انتُهكت هذه القاعدة. وفي نهاية العام أو بشكل دوري، يجب تدقيق جميع المعاملات المالية لمؤسسات الصحة العامة من قبل هيئة التدقيق الوطنية الحالية (أو الموصى بها). يمكن نشر الوصفات الطبية للمرضى الذين يستخدمون مرافق الرعاية الصحية الأولية من قبل الصيدليات الخاصة المتعاقد معها. إذا كان الدواء الموصوف مدرجًا في قائمة الأدوية القابلة للاسترداد، فيمكن للمرضى الحصول على أدويتهم مجانًا. ولكن إذا لم يكن الدواء في كتيب الوصفات؛ يمكن للمرضى الحصول على الأدوية الموصوفة لهم عن طريق الدفع من الجيب.

يوصى أيضًا بإنشاء شبكة بين مرافق الصحة العامة لزيادة الكفاءة في وظائف الإمداد الطبي. أنشأت تركيا هذا النوع من الشبكات واستفادت بشكل كبير منه. كان الهدف من نظام إدارة المخزون في تركيا هو تحسين كفاءة المستشفى من خلال توقع كميات العناصر التي يحتمل أن تحتاجها المستشفيات على مدى فترة ثلاثة أشهر. كما سمح النظام بنقل المواد غير الضرورية والفائضة من مستشفى إلى آخر، وتشير اتجاهات الشراء والتخزين والنقل إلى أن البنية التحتية الجديدة لإدارة المخزون على شبكة الإنترنت قد ساعدت قطاع المستشفيات على أن يصبح أكثر كفاءة من حيث حجم المخزون المحتفظ به والتغييرات الزمنية في قيمة المخزون، والذي قلل من إهدار السلع الطبية والأدوية على مستوى النظام، وأدى إلى تحسين الاستخدام الفعال للسلع، وخفض تكلفة التخزين (Yıldız & Khan، 2018).

يمكن أن تكون هناك لوائح جانب العرض للأطباء أو مرافق الرعاية الصحية لتنفيذ سياسات استخدام الأدوية العقلانية أو سلوكيات وصف الأدوية العقلانية، مثل التشجيع على وصف الأدوية الجنيسة بدلاً من الأدوية الأصلية، أو وصف المكونات النشطة للأدوية بدلاً من الأسماء التجارية. قد يكون من الضروري أيضًا تطوير سياسات الطلب للمرضى لتشجيعهم على استخدام الأدوية الجنيسة من خلال تقديم مدفوعات مشتركة للأدوية الأصلية. وقد يكون من الضروري أيضًا تنظيم الصيدليات والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية لتنفيذ سياسات استخدام الأدوية المنطقية، على سبيل المثال عن طريق حظر بيع المضادات الحيوية.

يمكن أن تكون التوصيات المحددة التالية التي قدمها المخبر الرئيسي مفيدة في تنفيذ الإصلاحات المقترحة المذكورة أعلاه: (أ) اعتماد قانون الطب والصيدلة، (ب) مراجعة واعتماد سياسة الأدوية الوطنية، (ج) تطوير إرشادات العلاج القياسية (د) التثقيف والتدريب المستمر لجميع الموظفين المسؤولين عن تنفيذ سياسة المخدرات الوطنية.

5.1.6 إصلاحات نظام المعلومات الصحية

نشرت وزارة الصحة الليبية تقريراً عن نظام المعلومات الصحية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والاتحاد الأوروبي، وقيمت نقاط القوة والضعف في نظام المعلومات الصحية الحالي. كما فحص تقرير التقييم هذا مدى التزام نظام المعلومات الصحية الليبي بالسياسة السليمة والبيئة المؤسسية؛ واستخدام مصادر البيانات التي تعمل بشكل جيد؛ وتوافر قدرة مؤسسية قوية لجمع البيانات وإدارتها وتحليلها واستخدامها ونشرها؛ وتنفيذ آليات فعالة للمراجعة واستخدام البيانات والعمل. وتمت مناقشة نقاط الضعف الرئيسية في نظام المعلومات الصحية الحالي في هذا التقرير وهي: (أ) اختلال سمات نظام المعلومات الصحية، (ب) الافتقار إلى خطة المراقبة والتقييم، (ج) الافتقار إلى إجراءات التشغيل القياسية لإدارة البيانات، (د) عدم وجود تقييمات مؤسسية لجودة البيانات، (هـ) عدم وجود نظام المعلومات الصحية متكامل قائم على الويب، و (و) عدم وجود وحدة مسؤولة عن جمع ومعالجة معلومات الطوارئ في مركز المعلومات الصحية. تم تقديم سلسلة من التوصيات لمعالجة هذه القضايا، وتم إعداد خارطة طريق تحدد الجدول الزمني، والإجراءات الواجب اتخاذها، والجهات الفاعلة الرئيسية للتنفيذ (WHO_4, 2017). يعتقد أن التوصيات الواردة في تقرير التقييم مناسبة لتعزيز نظام المعلومات الصحية. ويوصى بشدة أن تعتبر خارطة الطريق للإجراءات ذات الأولوية الواردة في تقرير وزارة الصحة الليبية والوكالات الأخرى بمثابة "خطة تنفيذ"، وأن تقوم لجنة التنسيق بتقييم التقدم المحرز في تنفيذ التوصيات، وأن تدعم لجنة فرعية فنية تفعيل الإجراءات ذات الأولوية، على النحو الموصى به أيضًا في التقرير المذكور.

ومع ذلك، هناك مجموعة من نقاط الضعف، من بينها تأثر نظام المعلومات الصحية بشكل كبير وسلبي بالنزاع المسلح في ليبيا. إذ من الصعب الحصول على المعلومات الصحية المتوفرة في الوقت المناسب بسبب التقارير المتأخرة وغير المتسقة من المرافق والبرامج. وبالمثل، فإن آليات جمع البيانات الأخرى مثل سجل الوفيات، تواجه أيضًا تحديات بسبب الظروف الحالية (WHO_5, 2017).

5.1.7 إصلاحات لتمكين المريض أو سلوكه

هناك مشكلتان رئيسيتان تتعلقان بالطلب على نظام الرعاية الصحية: (أ) انعدام الثقة أو عدم الثقة، و (ب) الإفراط في استخدام الخدمات الصحية والاستخدام غير الضروري لها. تساهم عدة عوامل في

عدم ثقة المرضى في الخدمات التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية العامة. فالفساد، وعدم كفاية المعدات والإمدادات، وارتفاع النفقات من المال الخاص في القطاع الخاص، ونقص الأطباء والقوى العاملة الصحية المؤهلة في مرافق الرعاية الصحية، ومرافق الرعاية الصحية المتضررة، والأعمال الإجرامية، كلها عوامل تساهم في عدم الثقة في الخدمات الصحية التي يقدمها العموم والقطاع الخاص في ليبيا.

يعتبر العلاج في الخارج مصدر مستمر لعدم الكفاءة وإهدار الموارد القيمة. إلى جانب الإنفاق المرتفع، فإن التوسع في هذه الخدمات له عيوب أخرى، مثل عدم وجود متابعة مناسبة للمرضى بعد العلاج الأولي، خاصة عندما تكون التدخلات اللازمة طويلة أو معقدة، مما يحول دون تقديم خدمات عالية الجودة للمرضى، بالإضافة إلى قلة الوصول إلى الخدمات المطلوبة، مما يؤدي إلى ضياع الفرص لتحسين المهارات الطبية وحتى الإدارية للقوى العاملة الصحية المحلية. تلعب الأشكال المختلفة لتضارب المصالح، وعدم توفر خدمات معينة، وسوء جودة الخدمات، وضعف استجابة النظام والمرافق الصحية، والمحسوبية، وعوامل اجتماعية وسياسية مختلفة، دورًا في استمرار هذا الشكل الضار من السياحة العلاجية. لقد فشلت العديد من المحاولات لمعالجة هذا الوضع. تحسين جودة الخدمات، وزيادة التغطية، والحفاظ على أنظمة الإحالة، والتخطيط والإدارة المناسبين، وزيادة الاستجابة، وعدم تسييس هذه الخدمات، وربطها بإجراءات صندوق التأمين، والدور الأساسي للجامعة ومستشفى الإحالة في مختلف المناطق الصحية التي ينبغي أن تنظم الإجراءات كلها تدابير مهمة يجب اتخاذها للتغلب على هذه الممارسات الفوضوية. من المفارقات أن الجودة الرديئة هي سبب للعلاج في الخارج، لكن العلاج في الخارج يمنع تحسين جودة الخدمات من نواح كثيرة.

وتستفيد دول الجوار بشكل خاص من هذا الوضع، إذ ذكر المخبرون الرئيسيون أن مقدمي الرعاية الصحية الخاصين من الدول الأخرى يزيدون إيراداتهم من خلال فرض أسعار أعلى على المرضى الليبيين، وهو ما يعتبر أحد المحركات الرئيسية للفساد في النظام الصحي في ليبيا. كما ذكر بعض المخبرين الرئيسيين أن كوفيد-19 شجع المواطنين الليبيين على استخدام المزيد من مرافق الرعاية الصحية العامة والخاصة في ليبيا، حيث أغلقت دول أخرى حدودها ولم تقبل المرضى أو الأشخاص من دول أخرى. وفقًا لملاحظاتهم، أدرك المرضى الليبيون أنه لا يوجد فرق كبير من حيث الجودة التقنية، وبدأوا يثقون في النظام الصحي الليبي. ومع ذلك، يجب تحديث القوانين الحالية التي تنظم العلاج في الخارج. كما لا ينبغي أن يكون الحصول على العلاج في الخارج للمرضى قرارًا سياسيًا. بدلاً من ذلك، يجب أن يكون منظم وأن تكون مستشفيات الإحالة مسؤولة عن إصدار التقارير الطبية التي تسمح للمرضى بالتماس العلاج في الخارج.

نظرًا لأن الخدمات الصحية مجانية على جميع المستويات في ليبيا، لا يتردد الناس في استخدام العديد من الخدمات. ولا يوجد نظام إحالة وظيفي أو تنظيم أو مثبطات للأشخاص لاستخدام حتى الخدمات الأساسية للمستشفيات الكبيرة التي تقدم خدمات الرعاية المتخصصة، مما يزيد من عدم الكفاءة.

ينبغي بذل المحاولات لزيادة ثقة المواطنين الليبيين في الخدمات الصحية التي تقدمها المرافق العامة والخاصة. يجب أن تتاح للمرضى فرصة اختيار مقدمي الرعاية الصحية في القطاع العام أو الخاص. يمكن تقديم دفع مشترك مقبول وميسور التكلفة إذا فضلوا استخدام مقدمي الرعاية الصحية الخاصين أو مقدمي الرعاية الثانوية والثالثية بدلاً من مقدمي الرعاية الأولية. يجب أن تنظم اللوائح القانونية حقوق المرضى من خلال إدخال آليات الشكاوى المناسبة داخل مرافق الرعاية الصحية أو من خلال تمكين المرضى من اختيار مقدمي الرعاية الصحية. وبالمثل، يمكن تشجيع مقدمي الرعاية الصحية على زيادة رضا المرضى وتلبية التوقعات بشكل مناسب من خلال تقديم خدمات صحية عالية الجودة.

5.2 التوصيات والتشريعات من أجل التنفيذ الفعال

حتى تحقق الإصلاحات في قطاع الرعاية الصحية النجاح المرجو لا بد لها أن تكون قائمة على مبدأ الاستدامة. فمن المهم مراقبة النظام الصحي لمدة عشر أو خمسة عشر عاما على الأقل لتقرير ما إذا كانت الإصلاحات المقترحة قد أسفرت عن النتائج المرجوة. وفي الوقت ذاته، قد تستلزم بعض الإصلاحات الجذرية توفر موارد مالية وبشرية إضافية للتنفيذ، ومن الصعب الحصول على هذه الموارد في وقت قصير. لهذا من المهم للغاية الاستفادة بفعالية من الموارد المتاحة. وتعد معاملة المواطنين على المستوى الأنسب بناء على احتياجاتهم، وتجنب الاستخدام غير الضروري للموارد، وتشجيع الناس على استخدام خدمات الرعاية الصحية الوقائية والأولية بعضا من الإجراءات التي يمكن اعتمادها للنهوض بكفاءة النظام الصحي.

ويجب أن تكون الإصلاحات في قطاع الرعاية الصحية قابلة للتنفيذ. كما يجب أن تحظى هذه الإصلاحات بالقبول العام وأن تكون خاضعة للتخطيط بعناية فائقة. وينبغي أن تكون الأهداف والإنجازات والاستراتيجيات جزءا لا يتجزأ من عملية التخطيط على المدى القصير والمتوسط والطويل. أما على المدى القصير، فمن الضروري الحصول على دعم القادة السياسيين وصناع القرار الرئيسيين في البلد. كما أنه من الصعب للغاية تنفيذ الإصلاحات في ظل غياب حكومة قوية وملتزمة في أي بلد، لذلك سيكون من الصعب على ليبيا تحقيق ذلك حيث لا يزال الصراع الحاد متواصلا.

وينبغي اتباع المراحل الست لعملية إصلاح قطاع الصحة، وهي تحديد المشكلة، والتشخيص، وتطوير السياسات، واتخذ القرار السياسي، والتنفيذ، ثم التقييم، وذلك من خلال تطوير خطط

واستراتيجيات واضحة وسليمة من أجل إصلاح ناجح في القطاع الصحي. ومن الواضح أن هناك العديد من التقارير وورشات العمل والاجتماعات بخصوص أول مرحلتين في عملية إصلاح قطاع الصحة في ليبيا. وهناك إجماع بين مختلف الجهات الفاعلة الرئيسية في النظام الصحي من حيث شدة وتنوع المشاكل وأسبابها. كانت هناك محاولات سابقة للنهوض بعملية الإصلاح في قطاع الصحة لكن الأفكار المقترحة لم يتم تنفيذها. ويبدو أن ليبيا تواجه تحديات على مستوى اعتماد تطوير السياسات والقرارات المتعلقة بالسياسات ومراحل التنفيذ. وأشار نائب وزير الصحة التركي إلى "... أن اتخاذ قرار بشأن إجراء إصلاحات لا يكفي لضمان نجاحه. فالسياق يجب أن يكون مهيئا لهذه الإصلاحات. والواقع أن المشكل لا يكمن في ما يجب القيام به فحسب، بل الأهم هو سبل تنفيذ الخطوات [خطوات الإصلاح]. فهناك شركاء مهمين، والعامة [المواطنون] من أبرزهم. فهم إما يقبلون بالتغييرات أو يستوعبونها. ومن ثم بوسعهم تأييد الإصلاحات ودعمها. وبعد الحصول على القبول العام من المواطنين، سيصبح من الممكن، على المدى القصير، السعي صوب إصلاحات ممكنة على المدى البعيد". لهذا السبب، يجب بذل جهود واعية ومحكمة التخطيط لوضع إصلاحات قطاع الصحة على جدول أعمال صناع السياسات الرئيسيين وأعضاء البرلمان الليبي.

وسلط وزير الصحة التركي السابق الضوء على أهمية وضع جدول أعمال وكسب دعم العامة من خلال ثلاثة مبادئ. ويتمثل المبدأ الأول في أن القيادة الانتقالية تتطلب دافعا قويا وعزما راسخا لإجراء تغييرات لصالح العامة. هذا الأمر في غاية الأهمية لأنه لا يمكن معالجة الانتهاكات على مستوى النظام دون اتخاذ خيارات صعبة والمخاطرة بإثارة غضب جماعات الضغط القوية. فقد تبدي هذه الجماعات مقاومة قوية يمكن أن تتسبب في الفشل. والمبدأ الثاني هو اتباع مقاربة مزدوجة لعملية التحول: تغييرات سريعة وحاسمة تؤدي إلى بناء دعم سياسي فوري، بالإضافة إلى تغييرات عميقة وتدريجية تهدف إلى إحداث ثورة في النظام. ويتجلى المبدأ الثالث في كسب التأييد والثقة من العامة. وفي بعض الأحيان، يصبح هذا الدعم درعا حتى ضد بعض الأصدقاء والحزب السياسي ومجلس الوزراء. لذلك لا يتعين التردد في العمل من أجل الناس ومقاومة محاولات التقشف (Akdağ, 2015).

وفي هذا المسار الطويل لإصلاح قطاع الصحة، يتعين على الجهات الساهرة على هذا الإصلاح أو صناع القرار الرئيسيين الذين يسعون إلى تغيير النظام الصحي اتباع أجندة ملموسة ينبغي وضعها بناء على مبدأ التشاركية وتنفيذها من قبل مجموعات مكلفة بالإصلاح في قطاع الصحة تتسم بالالتزام والعزم على كل مستويات هذه العملية. فعلى سبيل المثال، أطلقت تركيا هذا البرنامج في بداية عام 2003 وأطلقت عليه اسم برنامج التحول الصحي (HTP). وتمثلت أهداف أنشطة الإصلاح في إطار هذا البرنامج في ثلاثة عناصر: تنظيم وتمويل وتقديم الخدمات الصحية على نحو فعال ومنتج ومنصف. وتم الاتفاق على تسعة مبادئ رئيسية لاقتراح أنشطة الإصلاح: التركيز على العنصر البشري،

والاستدامة، وتحسين الجودة باستمرار، والمشاركة، والمصالحة، والتطوع، وتوزيع السلطة، واللامركزية، والمنافسة في تقديم الخدمة. كما تضمن برنامج التحول الصحي ثمانية عناصر تغطي جميع أبعاد النظام الصحي التركي. وكان من المأمول أن يكمل كل عنصر الآخر من أجل تحقيق الإصلاحات والحلول المناسبة في نهاية المطاف. ورغم أن تحقيق "الكمال" كان طموحا قائما إلا أنه لم يكن ممكنا بحكم الواقع. لذلك تقرر العمل على التوصل لأنسب الحلول التي من شأنها أن تلبي الاحتياجات الهامة والتي تحظى بالأولوية بناء على الموارد والمرافق المتاحة في تركيا. ومن الاستراتيجيات الأخرى المعتمدة من أجل النجاح في الإصلاحات ضرورة أن تنشط مختلف مكونات الخدمة بحرية من أجل المساهمة في النهوض بالنظام الصحي العام (MoH of Turkey, 2003).

وتضمن برنامج التحول الصحي ثمانية عناصر: (أ) إعادة تنظيم وزارة الصحة بصفتها الجهة المخططة والمراقبة، (ب) إنشاء نظام تأمين صحي عام يغطي كل المواطنين في إطار صندوق تأمين صحي موحد، (ج) إنشاء نظام خدمات صحية واسع النطاق ويسهل الوصول إليه وسهل الاستخدام من خلال تعزيز الخدمات الصحية الأولية وطب الأسرة، وإنشاء سلسلة إحالة فعالة ومتداخلة، وإنشاء مؤسسات صحية مستقلة ماليا وإداريا، (د) وجود موظفين يتمتعون بالمعرفة والمهارات اللازمة في قطاع الصحة ويمارسون عملهم بدوافع قوية، (هـ) إحداث منظمات تعليمية وعلمية تدعم جهود التوصل لنظام صحي متين، (و) النهوض بالجودة وإصدار الشهادات بالنسبة للخدمات الصحية القائمة على الكفاءة والفعالية، (ز) إنشاء هيكل مؤسسي يعنى بالإدارة الرشيدة للأدوية والمعدات من خلال إنشاء مؤسسة وطنية للأدوية والأجهزة الطبية، (ح) إنشاء نظام معلومات صحي يسمح بالوصول إلى المعلومات الفعالة في عملية صنع القرار (MoH of Turkey, 2003).

وتوصى ليبيا باتباع مقاربة على نفس المنوال. فالظاهر أن مقترحات الإصلاح في قطاع الصحة باءت بالفشل ولم تحظى بالدعم من العامة وصناع القرار الرئيسيين لثلاثة أسباب رئيسة: (أ) لم يكن أعضاء البرلمان داعمين للإصلاحات المقترحة في مجال الرعاية الصحية، (ب) غياب الاستدامة على مستوى الحوكمة والقيادة بسبب التغيير المستمر لصناع القرار الرئيسيين في النظام الصحي وفي إدارة البلد بأكمله، (ج) فقدان الثقة في أوساط الشركاء الرئيسيين في النظام الصحي بسبب انتشار الفساد والصراع والحرب في ليبيا. لهذا السبب، يتعين أن تتمتع ليبيا برؤية وتوجه واضح في إصلاح نظامها الصحي، وينبغي أن تلتزم بهما لتحقق النجاح.

وينبغي تحديد وتنظيم دور القطاع الخاص بعناية فائقة. واستعمل وزير الصحة التركي الأسبق مصطلح "الحب الصعب" للتعبير عن مدى صعوبة التعامل مع قطاع الصحة الخاص. وأشار بأن على القطاع العام أن يكون قويا بما يكفي لحماية الفئات ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويعتبر تحقيق التوازن بين القطاعين العام والخاص من التحديات الكبيرة، لأن من شأن المبالغة في الخصخصة وعدم مراقبة

الرعاية الصحية في القطاع الخاص أن تكون بمثابة عقبة أمام الوصول إلى الرعاية الصحية، خاصة في البلدان ذات الموارد البشرية المحدودة (Akdağ, 2015).

لكي يحقق إصلاح القطاع الصحي، لا بد من أن تبدأ عملية التنفيذ من نقطة محددة. ويوصى بتغيير القانون الطبي القائم في ليبيا كأول خطوة. إذ أن النتائج تكشف أن العديد من المشاكل، خاصة على مستوى القوى العاملة في مجال الصحة، مرتبطة بالقانون واللوائح الطبية القائمة. وهذا يخلق تضاربا بين ممارسات المهنيين في القطاع ويحد من الدوافع التحفيزية. كما أن عددا من أوجه القصور والمشاكل على مستوى الإمدادات والتكنولوجيا الطبية مثل التسجيل وتحديد الأسعار والترخيص، وما إلى ذلك، لها صلة بالقانون الطبي القائم. وإلى جانب ذلك، ترتبط مشاكل تقديم الخدمات الصحية وتراجع رضا المستخدمين عن المرافق الصحية أيضا بالتشريعات الطبية الحالية. لهذا يتعين إقناع صناع السياسات ومتخذي القرارات الرئيسيين بضرورة تغيير لوائح النظام الصحي والقانون الطبي المعمول بهما حاليا من خلال تقديم أدلة ملموسة بخصوص الأسباب الجذرية الناشئة عن اللوائح الصحية غير الملائمة. وفي هذه العملية، من المهم إعداد ومشاركة التقارير أو نتائج ورشات العمل أو الاجتماعات، أو محاولة إقناع صناع القرار الرئيسيين وأعضاء البرلمان بالمشاركة في أنشطة إصلاح قطاع الصحة. وأفاد أحد الأفراد الذين أجريت معهم المقابلات: "على القادة السياسيين أن يقبلوا بالتغيير وأن يلتزموا بمخرجاته". لكنه أضاف في عرض حديثه إلى أن "في حالة عدم قبولهم للتغيير ولم يتأقلموا معه ولم ينفذوه، يفقدون بذلك سمة القادة الحقيقيين. ويصبحون بذلك عقبة. فالتغيير دائما يصدر عن القادة، وليس من العامة الذين ما عليهم سوى أن يقبلوا به إذا لامسوا نتائج مرضية". وهذا التصريح يفيد: يجب أن يبدأ التغيير في ليبيا من أعلى الهرم، على مستوى القادة. ومرت تركيا بتجربة مماثلة في إصلاح نظامها الصحي الذي بدأ في 2003. واختزل تجربة تركيا أحد المشاركين من تركيا في اجتماع لتبادل الأفكار تم تنظيمه في إطار هذا المشروع: "القيادة بدورها غاية في الأهمية، فقد حظيت تركيا بدعم مهم من القيادة العليا متمثلة في رئيس الوزراء ومجلس الوزراء ووزير الصحة وجهات أخرى. وهذه القيادة الداعمة مكنتنا من مأسسة التغيير. وكانت سياسة الإصلاحات على مستوى قطاع الصحة مشروعا حكوميا ولا يقتصر فقط على وزارو الصحة. وبعد كل التغييرات [قصيرة المدى]، ارتفع منسوب الرضا [بخصوص النظام الصحي]، وباتت الصحة موضوعا يشغل جميع الأحزاب، وليس فقط الحزب الحاكم والحكومة".

ويتعين أن تكون استراتيجيات الإصلاح وعمليات تنفيذها شاملة وتغطي جميع جوانب النظام الصحي. فالتغييرات على جانبي الطلب والعرض مرتبطة ببعضها ارتباطا وثيقا. وعند تنفيذ نظام الدافع الواحد في التأمين الصحي، ينبغي الحرص على وجود المرافق اللازمة لتلبية احتياجات العامة من الرعاية الصحية الأولية والنقل في حالات الطوارئ والرعاية في المستشفى (Akdağ, 2015). ولكي تحقق عملية

إصلاح النظام الصحي النجاح يوصى الأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية: (أ) هناك حاجة إلى إصلاحات على مستوى العرض والطلب، ويجب أن تكون داعمة لبعضها ومتسقة، (ب) التنفيذ السريع للقرارات المتخذة أو الإصلاحات التي تم تصميمها من الأمور الضرورية لإدارة مختلف أوجه الرفض والمعارضة من باقي الأطراف المعنية الرئيسية والمتعلقة منها بالإجراءات البيروقراطية في مجال الصحة، فضلا عن كسب تأييد المواطنين وصناع السياسات الرئيسيين وصناع القرار على مستوى الإدارة العليا في الدولة والبرلمان، (ج) هناك حاجة إلى حوكمة وقيادة ودعم قوي، (د) من شأن تخصيص موارد مالية أكثر أو زيادة الإنفاق الصحي أن يكون ضروريا على المدى القصير لكسب دعم المواطنين الذين يعدون الأطراف المشاركة الرئيسية في النظام الصحي العام من خلال تمكينهم من الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية المتسمة بسهولة الوصول إليها وبالجودة والأمان والمركزة على المريض وبأسعار معقولة، سواء كانت تقدمها مرافق الرعاية الصحية العامة أو الخاصة، (هـ) ينبغي أن تكون عملية الإصلاح بيئة تتيح الاستفادة وقائمة على مقاربة تنفيذ مرنة للتوصل لقيادة مستدامة لعملية الإصلاح من خلال صناع السياسات والقرارات الرئيسيين، (و) ينبغي تطوير حلول استراتيجية وتكتيكية مشتركة لمواجهة التحديات، ويتعين تقييم الإنجازات بشكل دوري.

قد تشوب رحلة إصلاح قطاع الصحة بعض التجاوزات والتحديات غير المتوقعة، ومن الأمثلة على ذلك نقص الموارد وتدني مستويات الدعم وسوء التنفيذ أو سوء الفهم واختلاف وجهات النظر بين مختلف الأطراف المعنية... إلخ. ومن المهم للغاية الاستفادة من هذه التحديات واستخلاص الدروس منها. وأوصى وزير الصحة السابق بثلاثة مبادئ بخصوص مثل هذه التحديات في تركيا في إطار عملية إصلاح قطاع الصحة. ويتمثل المبدأ الأول في "الاعتراف بالأخطاء وتصحيحها رغم الخوف من الملامة". في بداية الأمر، طمحت تركيا لتوظيف المزيد من الأطباء في المناطق الريفية والأقل نموا من خلال الرفع من مستوى المكافآت بدلا من التعيين الإجباري في هذه المناطق لفترة محددة من الوقت. لكن لسوء الحظ لم تكن المكافآت مشجعة بما يكفي للأطباء للعمل في هذه المناطق. وهذا كان بمثابة درس مهم جعل تركيا تعيد العمل بسياسة الخدمة الإلزامية للأطباء التي كان معمول بها سابقا. والمبدأ الثاني هو "عدم الاغترار بالنجاح المحقق". فسيكون ثمة دائما قضايا تستلزم التغيير والتحسين. لذلك يتعين دائما السعي نحو إيجاد السبل الممكنة لتقديم الأفضل. أما المبدأ الثالث فهو "التركيز على المخرجات بدل المدخلات". وقد اعتمدت تركيا مجموعة كبيرة من القنوات لجمع التعليقات والملاحظات بالإضافة إلى أدوات المراقبة والتقييم لتعزيز ناتج الإصلاح (Akdağ, 2015).

أثبتت التجربة السابقة لتركيا في إصلاح نظامها الصحي بين عامي 1990 و 2000 وتجربة كوسوفو أيضا أن أهم عامل مساهم في نجاح الإصلاحات في قطاع الصحة هو الاستدامة السياسية. وينظر إلى الوضع الراهن المتعلق بالاستدامة السياسية والصراع القائم في ليبيا من أبرز العقبات أمام نجاح الإصلاحات

في قطاع الصحة في ليبيا. وأشار أحد الخبراء الدوليين إلى هذه المسألة قائلا: "من المهم أن نناقش ما يجب القيام به عندما يعاني بلد ما من غياب الاستقرار السياسي. ما الهيكل الأكثر ملاءمة لهذا البلد؟ ما الذي يمكن القيام به وكيف يمكن أن ننهض بنظام الرعاية الصحية؟ وما يجب التأكيد عليه في المقام الأول هو أن الكل بحاجة لهذا [تحسين النظام الصحي]. هذه كلها أفكار أحاول التفكير فيها بخصوص ما يمكننا القيام به في ظل بيئة تغيب فيها سلطة السياسة، وحيث يتسم المجتمع بعدم التماسك، ليس بسبب اللغة أو أي شيء من هذا القبيل، ولكن بسبب الاختلافات السياسية والاضطراب الناجم عن الحرب أو الحرب الأهلية...".

ويعد تسلسل الإصلاحات من العوامل الرئيسة الأخرى المهمة في كسب الدعم بخصوص الإصلاحات على مستوى الرعاية الصحية وتنفيذها. وظاهر أن بعض الإصلاحات المخطط لها ستستغرق وقت حتى تحقق نتائج قابلة للقياس، وذلك راجع إما لكونها تتطلب المصادقة على بعض التشريعات المثيرة للجدل سياسيا (على سبيل المثال، دمج برامج التأمين الاجتماعي القائمة) أو لحجم التغييرات المطلوبة (مثل تدريب أعداد كبيرة من المتخصصين في طب الأسرة). لذلك، من المهم متابعة تسلسل محدد في الإصلاحات على نحو يعزز احتمالية استمرار الدعم السياسي لتنفيذ الإصلاحات (WHO_ROE, 2012). وتركيا نجحت في اعتماد تسلسل في إصلاحاتها في قطاع الصحة من خلال اتباع نموذج سمته "مريض رضوح بإصابات متعددة تهدد حياته". ويمكن لليبيا أيضا للساهرين على إصلاح قطاع الصحة في ليبيا اعتماد نفس المقاربة. وهذا النموذج سيخول لهم إمكانية معالجة الإصابات/ الحالات التي تهدد الحياة والتي تعد ضرورية للبقاء على قيد الحياة على المدى القصير.وبمجرد ما تستقر حالة المريض، يمكنهم وقتها تحويل انتباههم إلى أبرز "إخفاقات" الجهاز/ النظام التي تحتاج إلى إصلاح لضمان البقاء على قيد الحياة والتمتع بصحة جيدة على المدى الطويل. وفي الأخير يمكنهم التركيز على "المشكلات التجميلية" التي لا تعد ملحة لكنها في الآن ذاته مهمة لضمان جودة حياة المريض على المدى الطويل.

وبناء على المعطيات أعلاه، والنقاشات التي شهدها اجتماع تبادل الآراء، ونتائج البحث النوعي والمسح المتعلق بالصحة، يمكن أيضا النظر في التوصيات الواردة أدناه عند تطوير وتنفيذ مقترحات تهم إصلاح قطاع الصحة:

أ. ينبغي تحديد الشركاء الرئيسيين في النظام الصحي ومنحهم الفرصة للمشاركة في عملية إصلاح قطاع الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، يتعين إجراء جميع الأنشطة على أساس الشفافية. كما ينبغي التركيز على المشاركة المجتمعية ودور مختلف المكونات الاجتماعية مثل القبائل والأفراد وباقي المنظمات الاجتماعية والثقافية.

ب. ينبغي تطوير آلية حوافز على مستوى الطلب والعرض، مثل الدفع حسب الأداء، للنهوض بجودة خدمات الرعاية الصحية على المدى القصير.

ج. غالبا ما لا تنجح عملية الشراء المركزي للموارد والمستلزمات وتوزيعها على المناطق المحلية. وسيكون من المهم للغاية، على المدى القصير، تسجيل المشاركة المجتمعية في شراء المستلزمات والمنتجات الطبية.

د. ينبغي تجميع جميع الموارد المتعلقة بالصحة من خلال ممارسة إدارية جيدة حتى يكون من الممكن تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية. ولتحقيق كفاءة أكبر من حيث استخدام الموارد، من المهم تحديد مستوى الرعاية، المستوى الأول والثاني والثالث، حتى يتسنى تطوير آلية للإحالة الوظيفية. ومن الضروري تحديد سبل توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال اعتماد آليات تسيير أفضل وتحسين طرق التوظيف وإعداد ميزانية أفضل على المستوى المحلي وشراء مختلف السلع والخدمات.

هـ. زيادة مستوى توافر الموارد المالية وتخصيص الأموال بشكل مركزي ليس هو الحل الأمثل للمشاكل التي يتخبط فيها النظام الصحي. فمن المهم مراقبة استخدام الموارد على المستوى المحلي. ومن شأن إشراك المنظمات المحلية لمراقبة استخدام الموارد أن تكون ممارسة جيدة.

و. المرأة حاضرة بقور في قطاع الصحة. وغالبا ما تكون مشاركة المنظمات النسائية في إدارة وتنظيم وتقديم خدمات الرعاية الصحية أكثر فعالية من جهود الهيئات السياسية على المستوى المحلي.

ز. بات نطاق القطاع الخاص يتوسع ويلعب دورا أكبر في قطاع الصحة. ولهذا التوسع آثار سلبية أيضا. فهو من أسباب عدم المساواة وبروز مشاكل متعلقة بالوصول للخدمات. لذلك، ما لم يتم دمج القطاع الخاص بشكل جيد في هيكل تقديم خدمات الصحة العامة، فقد لا تتم عملية تقديم الخدمات الخاصة بفعالية. ولهذا السبب، هناك حاجة ماسة إلى تشريع خاص بالقطاع الخاص في ليبيا.

ح. ثمة نقاش بخصوص التوازن الصحيح بين المركزية واللامركزية. وقد يتمثل هذا التوازن السليم في إضفاء المزيد من طابع المركزية أو اللامركزية في بعض الجوانب. فيمكن أن تخضع اللوائح أو القرارات المتعلقة بالأطباء أو الممرضات للمركزية (على سبيل المثال، ما هو الحد الأدنى من التحصيل التعليمي الذي يخول للشخص أن يصبح طبيبا)، ولكن يمكن أن يتم توزيع الموارد على نحو فعال من قبل الوكالات المحلية.

ط. قد تكون هناك حاجة إلى إصلاحات محددة على مستوى المستشفيات. فيتعين النظر في إعادة صياغة الهياكل التنظيمية والإدارية القائمة في الوقت الراهن في المستشفيات فيما يتعلق بالاعتماد وسلامة المرضى ومعايير مكافحة العدوى... إلخ.

ي. ينبغي لوسائل الإعلام أن تلعب دورا محوريا في إبراز الأخبار ذات الصلة بإصلاح قطاع الصحة من أجل كسب دعم المواطنين.

ك. من الضروري كذلك ربط الخطط والإصلاحات المتعلقة بمجال الصحة بالاستراتيجيات العالمية مثل أهداف التنمية المستدامة واستراتيجية الصحة الإنجابية وصحة الأم وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، خاصة وأن منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة وعدد من المنظمات الدولية توصي جميع البلدان بإدراج هذه الاستراتيجيات في عملية إعداد خططها الوطنية ذات الصلة بقطاع الصحة.

من المعلوم أن الصحة ليست مسؤولية قطاع الصحة نفسه فحسب، بل تقع أيضا على عاتق قطاعات أخرى مثل التعليم والاقتصاد والنقل والحماية النووية والبيئية وغيرها من القطاعات. في الواقع، تنص مبادئ إعلان ألما آتا بشكل صريح على التعاون بين القطاعات. وتطورت الفكرة أكثر من خلال عنصري "المحددات الاجتماعية للصحة" و "الصحة في جميع السياسات". وسيكون من الضروري تشكيل لجنة خاصة أو مجلس على مستوى مجلس الوزراء، برئاسة رئيس الوزراء أو نائبه، يتضمن ممثلين عن مختلف هذه القطاعات الحيوية.

ومن شأن خارطة طريق يسترشد بها الساهرين على عملية إصلاح قطاع الصحة أن تكون جد مفيدة في تحديد الأولويات والتخطيط ومتابعة عملية الإصلاح. ويتضمن المرفق 6 نموذجا لخارطة الطريق. وتندرج جميع التوصيات ضمن ستة جوانب رئيسية للنظام الصحي، وهي منظمة في مجالات فرعية مثل القيادة والتنظيم والتخطيط والرصد... إلخ.

بيبليوغرافيا

Akdağ, R. (2015). Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges. *Health Systems & Reform, 1*(1), 3-8.

Andersen, Ronald M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior,* 1-10.

Arfa, C., & Achouri, H. (2008). Tunisia: "Good Practice" in Expanding Health Care Coverage: Lessons from Reforms in a Country in Transition. In P. Gottret, & H. R. George J. Schieber, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 385-438). Washington: The World Bank.

Barroy, H., Jarawan, E., & Bales, S. (2014). *Vietnam: Learning from Smart Reforms on the Road to Universal Health Coverage.* Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Bitrán, R. D., & Urcullo, G. C. (2008). Chile: Good Practice in Expanding Health Care Coverage—Lessons from Reforms. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 88-135). Washington DC: The World Bank.

Bloomberg. (2014, March 25). *Bloomberg.com.* Retrieved from https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html

Braithwaite, J., Mannion, R., Matsuyama, Y., Shekelle, P., Whittaker, S., & all., e. (2017). Accomplishing reform: successful case studies drawn from the health systems of 60 countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 880-886.

Celik, Y., & Seiter, A. (2008). *TURKEY: Pharmaceutical Sector Analysis.* Ankara: The World Bank.

Cercone, J., & Jiménez, J. P. (2008). Costa Rica: " Good Practice" in Expanding Health Care Coverage—Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 183-226). Washington: The World Bank.

Cheng, T.-M. (2018). Taiwan: Health System Reforms and Future Challenges. In G. Okma, G. Paraje, D. Chinitz, T. Tenbensel, T. Ashton, T.-M. Cheng, & S. I. Correa, *Health Care Reforms Across the World.* American Affairs.

Congress, L. o. (2005). *Country Profile: Libya.* Library of Congress, Federal Division of Research.

Correa, S. I. (2018). Health Reforms in Ecuador. In G. Okma, G. Paraje, D. Chinitz, T. Tenbensel, T. Ashton, T.-M. Cheng, & S. I. Correa, *Health Care Reforms Across the World.* American Affiars.

Daw, M. A., El-Bouzedi, A. H., & Dau, A. A. (2019). Trends and patterns of deaths, injuries and intentional disabilities within the Libyan armed conflict: 2012-2017. *Plos/One, 14*(5), 1-14.

Daw, M., El-Bouzedi, A., & Dau, A. (2016). The assessment of efficiency and coordination within the Libyan health care system during the armed conflict-2011. *Clinical Epidemiology and Global Health, 4*, 120-127.

Dominis, S., Yazbeck, A. S., & Hartel, L. A. (2018). Keys to Health System Strengthening Success: Lessons from 25 Years of Health System Reforms and External Technical Support in Central Asia. *Health Systems & Reform, 4*(2), 160–169.

Ekman, B., & Bales, S. (2008). Vietnam: “Good Practice” in Expanding Health Care Coverage—Lessons from Reform in Low- and Middle-Income Countries. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 439-478). Washington: The World Bank.

El Taguri A., Elkhammas EA., Bakoush O., Ashammakhi N., Baccoush M. and Betilmal I. (2008). Libyan National Health Services. The Need to Move to Management-by-Objectives. *Libyan J Med*, AOP: 080301.

El Taguri, A., & Nasef, A. (2008). The French Health Care System; What can We Learn? *Libyan Journal of Medicine, 3*(4), 186-191.

El-Taguri, A. (2007). Medical Tourism and the Libyan National Health Services. *Libyan J Med*, 109-110.

El-Taguri, A. (2008). Essential Concepts in Modern Health Services. *Libyan J Med*, 148-155.

EU. (2013). *Libya Strategy Paper & National Indicative Programme 2011 - 2013.* European Neighbourhood And Partnership Instrument.

European Comission. (2019). *Tools and Methodologies To Assess The Efficiency of Health Care Services in Europe: An overview of current approaches and opportunities for improvement.* Luxembourg: Office of European Union.

Ferré, F. F., Belvis, A. d., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., . . . Maresso, A. (2014). Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, pp. 1-168.

GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392: 1859–922

Gottret, P., Schieber, G. J., & Waters, H. R. (2008). *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries.* Washington: The World Bank.

Habicht, T., & Habicht, J. (2008). Estonia: "Good Practice" in Expanding Health Care Coverage. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 227-268). Washington: The World Bank.

Jakab, M., & Manjieva, E. (2008). The Kyrgyz Republic: Good Practices in Expanding Health Care Coverage, 1991–2006. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 269-310). Washington: The World Bank.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy, 56*, 171-204.

Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2014). *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies.* Wash,ngton, DC: The World Bank.

Mahmud, S. M., Ali, F. I., Salhin, A., Mohamed, F., & Elkhammas, E. A. (2013). Regulating Health care professions in Libya: A viewpoint. *Ibnosina J Med BS, 5*(4), 214-217.

McDaid, M. W., Maresso, A., & Mossialos, E. (2009). Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition, 11*(4), 1-268.

MoH of Libya. (2020). *Information & Documenatation Center - Libya Ministry of Health*. Retrieved from Libya Health Statistics: http://seha.ly/en/wp-content/uploads/2017/11/lby_en.pdf

MoH of Libya. (2018). *The Libyan Health System: Study of Medical and Allied Health Education and Training Institutions.* Ministry of Health of Libya, Health Information and Documentation Center.

MoH of Turkey. (2003). *Transformation in Health.* Ankara: Ministry of Health of the Republic of Turkey.

Mossialos, A., & Dixon, A. (n.d.). Funding health care: an introduction . In A. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin, *Funding Health Care: Options for Europe.* Buckingham: Open University Press.

NATO, H. U. (2013). *The Libyan Case Study: Towards a Comprehensive Response to Health System Strengthening in Crisis-affected Fragile States.* Working Paper of the collaborative NATO-Harvard University.

Oakley, R. E., Ghrew, M., Aboutwerat, A., Alageli, N., Neami, K., Kerwat, R., . . . Benamer, H. (2013). Consultation on the Libyan health systems: towards patient-centred services. *Libyan Journal of Medicine, 8*(1), 1-9.

OCHA. (2020, October 8). *2019 Humanitarian Needs Overview in Libya*. Retrieved from Information & Documentation Center - Libya Ministry of Health: http://seha.ly/en/wp-content/uploads/2017/11/HNO-Libya-short-version-English-Eng.pdf

Okma, K. G. (2018). The Netherlands: From Wholesale Change to Marginal Adjustments; or, A Farewell to Health Reforms? In G. Okma, G. Paraje, D. Chinitz, T. Tenbensel, T. Ashton, T.-M. Cheng, & S. I. Correa, *Health Care Reforms Across the World.* American Affairs.

Okma, K., Paraje, G., Chinitz, D., Tenbensel, T., Ashton, T., Cheng, T.-M., & Correa, S. (2018). Health Care Reforms across the World. *American Affairs, II*(1).

Pinto, D. M. (2008). Colombia: Good Practices in Expanding Health Care Coverage. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 137-182). Washington: The World Bank.

Rannan-Eliya, R. P., & Sikurajapathy, L. (2008). Sri Lanka: “Good Practice” in Expanding Health Care Coverage. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 311-354). Washington: The World Bank.

Roberts, 1. M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2002). *Getting Health Reform Right.* Boston: Oxford University Press.

Robertson, R., Gregory, S., & Jabbal, J. (2014). *The social care and health systems of nine countries.* London: Commission on the Future of Health and Social Care in England, The King’s Fund.

Saleh, S. S., Alameddine, M. S., Natafgi, N. M., AwadMataria, Sabri, B., Nasher, J., . . . Siddiqi, S. (2014). The path towards universal health coverage in the Arab uprising countries Tunisia, Egypt, Libya, and Yemen. *The Lancet, 383*(9914), 368-381.

Stefano, V., Daniele, A., & Elio, B. (2008). Getting health reforms right: what lessons from an Italian case? *Health Services Management Research, 21*, 131-140.

Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Quevedo, C. H. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, pp. 1-186.

Tenbensel, T., & Ashton, T. (2018). Re-forming New Zealand's Health Reforms. In G. Okma, G. Paraje, D. Chinitz, T. Tenbensel, T. Ashton, T.-M. Cheng, & S. I. Correa, *Health Care Reforms across the World.* American Affairs.

Tham, T. Y., Tran, T. L., Prueksaritanond, S., Isidro, J. S., Setia, S., & Welluppillai, V. (2018). Integrated health care systems in Asia: an urgent necessity. *Clinical Interventions in Aging, 13*, 2527-2538.

UNDP. (2019). *Inequalities in Human Development in the 21st Century: Briefing note for countries on the 2019 Human Development Report for Libya.* Newyork: UNDP.

WB. (2020, September 9). *The World Bank, Data Bank.* Retrieved September 2020, from https://databank.worldbank.org/home.aspx

WHO_1. (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Geneva: WOrld Health Organization.

WHO_2. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems - Improving Performance.* Geneva: World Health Organization.

WHO_3. (2018, October 6). *Health Situation in Libya.* Retrieved from WHO Libya health situation reports: https://www.who.int/hac/crises/lby/sitreps/en/

WHO_4. (2017). *Libyan Health Information System: Assessment and roadmap of priority actions.* WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO).

WHO_5 (2017). Libya Health Profile 2015. https://apps.who.int/iris/ bitstream/ handle/ 10665/ 254933/ EMROPUB_2017_EN_19620.pdf; jsessionid= FF04BD2CBC19C13F20F1 C45081B442AC?sequence=1

WHO, MoH of Libya & EU, 2017. (2017). *Service Availability and Readiness Assessment of the public health facilities in Libya.*

WHO_ROE. (2012). *Successful Health System Reforms: The Case of Turkey.* Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

WHO_ROEM. (2012). *Progress report on improving health care financing and progress towards social health protection in the Region.* Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

WHO-ROEM. (2011). *Country Cooperation Strategy for WHO and the Libyan Arab Jamahiriya 2010–2015: Libyan Arab Jamahiriya.* Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

Wibulpolprasert, S., & Thaiprayoon, S. (2008). Thailand: Good Practice in Expanding Health Coverage—Lessons from the Thai Health Care Reforms. In P. Gottret, G. J. Schieber, & H. R. Waters, *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries* (pp. 355-384). Washington: The World Bank.

Yıldız, M. S., & Khan, M. M. (2018). Hospital Level Inventory Control and System-Wide Cost Savings: A Case Study from Turkey. *Journal of Health Management, 20*(4), 498-507.

Zarocostas, J. (2018). Libya: War and migration strain a broken health system. *Lancet, 391*, 823-825.

المرفق 1: موجز لبعض قصص النجاح في إصلاح النظام الصحي في بعض البلدان

تشيلي: اقترحت تشيلي سلسلة من الإصلاحات للبلوغ لهدف التغطية الصحية الشاملة، ودعم الفقراء بالنحو السليم، وخلق جو من المنافسة في أوساط الجهات المقدمة للرعاية، وللتمتع بنظام لامركزي للرعاية الصحية. وتمثلت المبادرات وراء مقترحات الإصلاح هذه في: تحسين جودة الرعاية العامة، وتوسيع نطاق توفير الخدمات الصحية العامة وتعزيزها، وتعزيز تغطية التأمين الصحي ليشمل جميع المواطنين، وتعزيز الاستثمار الخاص في البنية التحتية الصحية، وتعزيز المنافسة بين القطاعين العام والخاص في التأمين، وفصل التمويل عن تقديم القطاع العام للخدمات، وجعل خدمات الرعاية الصحية العامة لا مركزية على جميع المستويات. ويتعين على شركات التأمين العامة والخاصة توفير الحد الأدنى من المزايا للجميع في حزماتها، وأن تكون سخية لتشمل العديد من الخدمات الصحية. وهناك مزيج من مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص. يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بشكل رئيسي في المراكز الصحية في المناطق الريفية والمرافق خارج المستشفيات. ويعود نجاح النموذج التشيلي إلى: (أ) الاعتماد الكبير على نظام تأمين عام فعال، (ب) استفادت شيلي من مؤسسات ذات مصداقية ومستقلة وفعالة، (ج) التوفر على اقتصاد سياسي قوي والاتساق من العناصر المهمة لنجاح الإصلاحات في قطاع الصحة، (د) تغير النظام السياسي خلق "نوافذ الفرص" لتحقيق التغيير (Bitrán & Urcullo, 2008).

نيوزيلاندا: إن أبرز سمة للإصلاحات التي أدت إلى إعادة هيكلة كبيرة للنظام الصحي هي التحول من نموذج متكامل إلى الفصل بين وظيفتي الشراء وتقديم الخدمة. فقد باتت أربع سلطات صحية إقليمية حديثة النشأة مسؤولة عن شراء خدمات الصحة الشخصية والدعم للأشخاص ذوي الإعاقة من السكان في المنطقة. وأصبحت المستشفيات العامة مؤسسات هادفة للربح، ووزيري الصحة والمالية بمثابة مساهمين. وبعد أن أعيد تسميتها بمؤسسات التاج للخدمات الصحية (Crown Health Enterprises)، كان لزاما عليها منافسة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص لتحظى بصفقات عقود الخدمة. وأعطى حزب العمل (عام 1999) وعدا باستعادة النظام غير التجاري وإشراك المجتمع المحلي في إدارة شؤون الخدمات الصحية والتخطيط لها. وتم إنشاء 21 مجلسا محليا معنيا بالصحة (DHBs) مهمتها أن تكون مسؤولة عن ملكية وإدارة خدمات المستشفيات العامة وبعض الخدمات المجتمعية، وأيضا شراء معظم الخدمات الأخرى (بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية) من خلال عقود مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. واسترشدت المجالس المحلية المعنية بالصحة في أنشطتها بمبادئ وأهداف وغايات استراتيجية نيوزيلاندا في مجال الصحة. ويتم توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية من قبل منظمات معنية بالصحة الأولية (PHOs)، وهي شبكات من مقدمي الرعاية الصحية الأولية مع

مدفوعات مقسمة على السكان المسجلين لديها. وانضم معظم الممارسين في القطاع العام لإحدى المنظمات المعنية بالصحة الأولية (PHOs)، وأكثر من 95% من السكان مسجلين في الأنشطة التي تعد جزءا من عمل هذه المنظمات. ويتعين على أعضاء هذه المنظمات دفع مدفوعات مشتركة أقل بسبب ارتفاع مستوى الإعانات الضريبية. وفي 2008 عاد الحزب الوطني إلى السلطة باعتباره الحزب الحاكم الرئيسي. ولم يقترح الحزب أي تغييرات كبيرة على إثر استعراضه الرئيسي لنظام الرعاية الصحية في عام 2009. لكن حصلت تغييرات على مستوى السياسات بالتدريج، وهذا ما يعكس التعاون فيما بين المجالس المحلية المعنية بالصحة وبينها وبين المنظمات المعنية بالصحة الأولية في التخطيط للخدمات الإقليمية والجهود المبذولة للحد من ازدواجية العمل الإداري. كان الدافع الأساسي لكلا الإصلاحين الرئيسيين في قطاع الصحة هو الأيديولوجية السياسية للحكومة القائمة بدلا من الاعتماد على التحليل الدقيق للخيارات المتعلقة بالسياسات. ففي التسعينيات كان قرار الانتقال إلى النموذج التعاقدي قائما على إيمان الحزب الوطني من اليمين الوسطي بقوة الأسواق لتحقيق مكاسب الكفاءة. وكانت الفكرة الأساسية هي أن "الخروج" سيكون الآلية الرئيسية لتحسين الأداء. وفي المقابل عكست العودة إلى نظام أكثر تكامل مع إدارة المجتمع في مطلع العقد الأول من القرن الحادي والعشرين اعتقاد حزب العمل بأن "صوت" المجتمع من شأنه الاستجابة لاحتياجات وتفضيلات الناس (Tenbensel & Ashton, 2018).

تايوان: رمت تايوان إلى إحداث نظام التأمين الصحي القائم على الدافع الواحد والفعال والخاضع لإدارة الحكومة (التأمين الصحي الوطني - NHI) لتحقيق تغطية صحية شاملة. تم تنفيذ خطة التأمين الصحي الوطني بين عشية وضحاها، وبذلك وفرت تغطية التأمين الصحي لما يناهز 42% من سكان تايوان غير المؤمن عليهم آنذاك. وبحلول نهاية العام الأول، بلغ مستوى تغطية التأمين الصحي الوطني أكثر من 92% من السكان. والتسجيل في التأمين الصحي الوطني إلزامي للجميع. وتدعم الحكومة 100% من مساهمات الفقراء في هذا النظام. ويتألف نظام التأمين الصحي الوطني لتقديم الخدمات من مزيج من المستشفيات الخاصة غير الهادفة للربح والمستشفيات العامة. ويتعاقد الأطباء المستقلون والمستشفيات الخاصة مع الحكومة لتقديم الخدمات. وأثبت إجمالي ميزانية نظام التأمين الصحي الوطني فعاليته في مجاراة نفقات الرعاية الصحية. والمزايا الشاملة والأقساط المنخفضة والدفعات المشتركة المنخفضة وسهولة الوصول وحرية اختيار مقدمي الخدمات وانعدام أوقات انتظار كلها عناصر تمثل الدعم العام القوي. واستخدمت الحكومة كلا من التدابير المتعلقة بجانب العرض وجانب الطلب لتغطية النفقات، مثل زيادة نسبة المدفوعات المشتركة وبيع تذاكر اليانصيب وزيادة معدل الضرائب على التبغ والاقتراض من البنوك وإدخال المدفوعات على أساس الحالات (DRGs) للمستشفيات. وفي نهاية المطاف، أدرجت أيضا إجمالي الميزنة، وهو إجراء أثبت فعاليته في التحكم في التكاليف في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية خلال فترة الثمانينيات (Cheng, 2018).

الإكوادور: تمثل أحد العناصر الهامة في التوجه الجديد في تحقيق هدف التغطية الشاملة (على النحو المنصوص عليه في دستور عام 2008). فقد كان الهدف تحقيق خدمات أولية متكاملة (وصولا إلى مستوى المستشفيات الأساسية عند البداية)، ليتم تمويلها من قبل الصندوق الوطني للرعاية الصحية الأساسية، وتم اقتراح تطوير شبكات عامة، من المستوى الثاني والثالث، من الجهات المستقلة المقدمة للخدمات. ويرمي النموذج الجديد للامركزية وتوزيع الاختصاصات إلى ضمان الاتساق الوظيفي والوضوح في المسؤوليات الإدارية للخدمات العامة على المستوى المركزي والإقليمي والمحلي. وكان القصد من تطبيق نفس نموذج توزيع الاختصاصات من قبل وزارات مختلفة (على سبيل المثال، وزارات الصحة والتعليم والإدماج الاقتصادي والاجتماعي والعمل) هو تعزيز عملية تقديم الخدمات بشكل مشترك بين القطاعات. أقرت إدارة الرئيس كوريا وخليفتها بأن هذه التحديات لا تتطلب حلولا تقنية فحسب، بل تستلزم أيضا إرادة سياسية. وسعت سياسات الحكومة أيضا إلى إضفاء طابع اللامركزية على السلطة السياسية، وإعطاء المزيد من السلطة والموارد وصلاحيات صنع القرار لمجالس المقاطعات والبلديات، وبالتالي فتح المجال للمشاركة الاجتماعية في الإدارة العامة (Correa, 2018).

كولومبيا: حققت كولومبيا التغطية الصحية الشاملة من خلال توسيع نطاق تغطية الرعاية الصحية. وفي البلد ثلاثة أنواع من أنظمة التأمين. أولا، النظام الصحي الوطني، الذي يغطي 50% من إجمالي السكان، ويتميز أيضا بشبكة تقدم خدمات الرعاية الصحية. ثانيا، هناك نظام تأمين اجتماعي إلزامي للعمال ويغطي هذا النوع 20% من السكان. ثالثا، هناك شركات تأمين خاصة تستهدف الفئات ذات الدخل المرتفع. وتتمتع الخطط الصحية بحرية تحديد أسعار الخدمات التي تشتريها من مقدمي الخدمة وكذلك آليات الدفع. وتستند رسوم الخدمات الصحية في نظام التأمين الصحي الوطني إلى جداول للرسوم التي تم تطويرها كمعيار ضمن خطط الصحة العامة. وجميع الخطط في مجال الصحة تشترك في نموذجين للدفع: (1) يتم التعاقد على خدمات الرعاية الوقائية والأولية بشكل أساسي على أساس التعويض الفردي، و (2) يتم دفع رسوم معظم الرعاية المتخصصة والرعاية في المستشفى على أساس رسوم مقابل الخدمة أو حزمة خدمة. وتجسد الخطط الصحية صفة الجهة المشترية الجماعية لأعضائها من خلال تنظيم شبكة من مقدمي الخدمات التي يختارونها بناء على أفضل الأسعار والجودة. ويمكن للخطط الصحية الخاصة اختيار بنية شبكة مزود الخدمة الخاص بها. ويلجأ معظمهم لمقدمي الخدمات من القطاع الخاص للرعاية المتعلقة بالمستويين الأول والثاني، فيما يلجأون للمزج بين مقدمي الرعاية من القطاعين العام والخاص لتلقي الرعاية من الدرجة الثالثة. وتتمثل أكثر الاستراتيجيات الإدارية الرئيسية التي تعتمدها الخطط الصحية لمتابعة الطلب في استخدام مشرفين وإدارة خاصة بالاستخدام للرعاية المتخصصة وفي المستشفيات ولأغراض التشخيص. ودمج إصلاح عام 1993 إمدادات مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص في خطط التأمين الصحي الوطنية، وهذا ما خول للخطط الصحية إدراج المؤسسات العامة والخاصة في شبكات مقدمي الخدمات. وأبرز درس

مستخلص من تجربة كولومبيا يتمثل في: وجود إطار قانوني ومؤسسي واضح المعالم من العناصر المهمة لتوسيع نطاق تغطية تأمين القطاع الرسمي (Pinto, 2008).

كوستاريكا: أصبحت وزارة الصحة الجهة المنظمة والراعية للقطاع، بينما كانت الرعاية من المستوى الأول والثاني والثالث خاضعة كليا لإدارة صندوق الضمان الاجتماعي الكوستاريكي (CCSS) بعد الإصلاحات. ويغطي هذا الصندوق 89% من إجمالي السكان. وتعتمد العضوية في نظام التأمين الصحي العام وتمويله على الشغل، والعضوية إلزامية بالنسبة للموظفين العاملين في القطاع الرسمي. وتستفيد أسر المسجلين في النظام والمعوزون من رعاية مجانية بموجب مخططات خاصة. كما تم تحسين عملية تحصيل الإيرادات من خلال اعتماد نظام واحد وموحد قائم على الإنترنت لجمع كشوف الرواتب. ويتمتع الجميع بالمساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في نظام تقديم الخدمات العام. ويتميز الوصول المادي إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية في كوستاريكا بالشمولية، إذ أن 99% من السكان قادرون على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية. ويعد صندوق الضمان الاجتماعي الكوستاريكي أيضا المزود العلاجي الرئيسي للرعاية الصحية في البلد. ويخضع النظام الصحي في كوستاريكا تنظيميا لوزارة الصحة (الجهاز المسؤول عن إدارة وتنظيم وصياغة السياسة الخاصة بالصحة ويشرف عليها) وصندوق الضمان الاجتماعي المسؤول عن إدارة قضايا التأمين الصحي. والقطاع الخاص ليس متطورا بعد لكنه في نمو مستمر. وتقتصر خدماته بالأساس على توفير الرعاية الإسعافية وتسويق المستحضرات الصيدلانية. كما تم اعتماد عقود الأداء مع جميع مقدمي الخدمة في شبكة صندوق الضمان الاجتماعي لتحديد أهداف واضحة للإنتاج والجودة ورضا المستخدم ولأغراض الفحوصات السريرية. وحصل أيضا تحول في تخصيص الموارد، إذ لم يعد الاعتماد مقتصرا على الموازنة التاريخية فقط بل حتى على المدفوعات القائمة على الأداء والتعويض الفردي للرعاية الصحية الأولية. ومن أبرز المزايا في تجربة كوستاريكا هي الإجماع العام بين مختلف الأطراف المشاركة الرئيسية: الحكومة/ صندوق الضمان الاجتماعي والمعارضة والنقابات ومقدمي الخدمات. وأبرز درس مستخلص من تجربة كوستاريكا يتمثل في: وكان هناك التزام سياسي واتفق كلا الحزبين السياسيين على ضرورة التغيير (Cercone & Jiménez, 2008).

إستونيا: تم اعتماد نظام التأمين الصحي الإلزامي (MHI) بعد أن كان نمط النظام الصحي السوفياتي معتمدا. ومن مسوغات الإصلاح اعتماد نظام من شأنه ضمان التمويل الآمن والمستدام والذي يمكن التنبؤ به لقطاع الصحة، لا سيما في ظل ضعف الاقتصاد. وتم تنسيق عملية تحصيل الإيرادات على مستوى مكتب الإيرادات الضريبية الحكومي، ومنذ عام 2000 يمثل صندوق التأمين الصحي في إستونيا (EHIF)، الذي تم إنشاؤه بموجب قانون عام منفصل، مجمعا منفردا مع تفويض بعض المسؤوليات الإدارية والتعاقدية إلى أربعة مكاتب إقليمية. وتم تصميم نظام السداد لأطباء الأسرة

لتشجيعهم على توفير الرعاية الوقائية، وكذلك لتحمل المزيد من المسؤولية بخصوص خدمات التشخيص والعلاج. ويعتمد مزيج من أساليب الدفع (التعويض الفردي، الرسوم مقابل الخدمة، المبلغ الإجمالي) لموازنة المخاطر المالية المرتبطة بمختلف الحوافز. ويتم في الوقت الراهن توفير الرعاية الصحية الأولية من قبل أطباء الأسرة الخاصين. وتقدم الرعاية في المستشفيات والرعاية المتخصصة بشكل أساسي من قبل مستشفيات عامة قائمة بذاتها تم تأسيسها كشركات مساهمة خاصة أو مؤسسات غير هادفة للربح (صناديق استئمانية). وكانت استراتيجية النجاح تتمثل في أن إصلاح التأمين الصحي كان مرفوقا بتغييرات مرحلية بعناية فائقة في نظام تقديم الخدمة (Habicht & Habicht, 2008).

جمهورية قرغيزستان: في عام 1996 شرعت حكومة قيرغيزستان في العمل على برنامج إصلاح قطاع الصحة، وكان ذلك على مرحلتين: هدفت المرحلة الأولى، من 1997 إلى 2001، إلى زيادة الإيرادات من خلال إحداث صندوق التأمين الصحي الإلزامي (MHIF) الممول عن طريق ضريبة رواتب تكميلية صغيرة. وشملت المرحلة الثانية من الإصلاح، التي بدأت في عام 2001، إصلاحا شاملا لتدفقات التمويل من خلال النظام وآليات الشراء وتحديد واضح لحزمة المزايا وإعادة هيكلة نظام تقديم الخدمات. وتعد ممارسات المجموعة الأسرية (FGPs) المزود الرئيسي للرعاية الصحية الأولية. وتضم هذه المجموعة الأسرية عادة من ثلاثة إلى خمسة أطباء. ويجب على هذه المجموعات استيفاد معياري الترخيص والاعتماد قبل أن يتعاقد معها صندوق التأمين الصحي الإلزامي. ويمكن الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية بشكل عام، حتى في المناطق الريفية. وتقع هذه المراكز بالقرب من منازل المستفيدين، على بعد مسافة متوسطها يتراوح بين 1 و 2 كيلومتر. لكن الوجود المادي لوحدات التوليد المتنقلة (FAP) أو مراكز طب الأسرة (FMC) لا يعني دائما أن ثمة وصول إلى الخدمات الصحية، وذلك بسبب نقص الإمدادات الطبية الأساسية، وبشكل متزايد، المهنيين العاملين في قطاع الصحة الراغبين في العمل في المناطق الريفية. وأدى اعتماد أسلوب الدفع حالة بحالة إلى خلق حوافز لتقليص الحجم، وخلق التجميع فرصة للترشيد عبر مختلف الحدود الإدارية. ولعب رئيس الجمهورية دورا محوريا في اعتماد الإصلاحات المتعلقة بالتغطية الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، أبدى صانعو السياسات في قيرغيزستان عن رغبتهم وانفتاحهم لمناقشة مسألة المدفوعات من الجيب كعرض لا يمكن دحضه لنظام معطل، وهذا ما سهل التوصل لنقاشات مثمرة بشأن مشاكل وقيود النظام الصحي. وتتمثل أبرز الدروس المستخلصة من تجربة جمهورية قيرغيزستان فيما يلي: (أ) كان لإحداث صندوق التأمين الصحي الإلزامي كوكالة شبه حكومية دور محوري لاعتماد المشتريات الاستراتيجية والتخلي عن الميزانية غير الفعالة القائمة على المدخلات، (ب) مقارنة بالقطاعات الأخرى في جمهورية قيرغيزستان، كان قطاع الصحة ثوريا، فقد كان القطاع الوحيد الذي تخلى عن ميزانيات البنود المستندة إلى المدخلات وآليات الرقابة الإدارية لصالح الإدارة القائمة على الأداء، (ج) إلغاء المدفوعات المشتركة دون زيادة متناسبة في التمويل

العام يؤدي إلى عودة المدفوعات "غير الرسمية"، و (د) تتمتع جمهورية قيرغيزستان بنظام متطور للمعلومات الصحية يسهّل عملية وضع السياسات، لا سيما السداد المحتمل لمقدمي الرعاية، بناء على التسجيل في مرافق الرعاية الأولية، والقبول في المستشفيات، والاستفادة من خدمات العيادات الخارجية (Jakab & Manjieva, 2008).

سريلانكا: كانت الديمقراطية هي الدافع الرئيسي للإقدام على إصلاح الخدمات الصحية في سريلانكا. فقد انتقل النظام الصحي من نظام لا يستطيع فيه سوى الأغنياء في المناطق الحضرية الوصول إلى خدمات الطب الحديث - بينما اعتمد سكان الأرياف في المقام الأول على المعالجين التقليديين - إلى نظام يتمتع فيه جميع السكان بإمكانية الوصول الفعال إلى الأشكال الحديثة للرعاية الصحية. ونتيجة لهذه الإصلاحات، انتقل النظام الصحي من نظام يركز على الوقاية والنظافة الصحية إلى نظام يركز على الوصول الشامل إلى الخدمات الصحية العلاجية من خلال المستشفيات. ومن أبرز ما ميز الإصلاح في سريلانكا هو توسيع نطاق توفير الرعاية الصحية المجانية للمناطق الريفية من خلال بناء المستشفيات والمستوصفات العامة وتزويدها بالموظفين اللازمين، لا سيما في فترة الأربعينيات من القرن الماضي. ويتم تمويل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة حصريا من عائدات الضرائب العامة. وليسم هناك تأمين صحي إلزامي، بحيث أن التغطية والوصول شامل للجميع دون استثناء. فجميع خدمات الصحة العامة، مع استثناءات قليلة، متاحة مجانا لجميع المواطنين، بما في ذلك جميع خدمات الإقامة في المستشفيات وتلقي العلاج خارجها وخدمات الصحة المجتمعية. وتتراوح الخدمات المجانية من مضادات الفيروسات القهقرية لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز إلى جراحة الشريان التاجي. والخدمات العامة، التي تمولها وتقدمها بطريقة متكاملة وزارة الصحة وثماني إدارات صحية على مستوى المحافظات، تدير سلسلة كاملة من أنشطة الرعاية الوقائية والأولية الأساسية إلى الرعاية من المستوى الثالث المعقدة التي تقدمها المستشفيات. ومن أبرز الدروس المستخلصة من تجربة سريلانكا هي: (أ) يمكن للبلدان الاعتماد على نظام صحي عام فعال (ومجاني) يتلقة تمويله من الضرائب العامة، و (ب) سريلانكا تتمتع بتاريخ من الإدارة العامة الجيدة مع تدني مستوى الفساد، وهما عنصران من المتطلبات الأساسية لهذا النوع من النظم الصحية (Rannan-Eliya & Sikurajapathy, 2008).

تايلاند: قبل إصلاحات عام 2002 التي توسع على إثرها نطاق التغطية الصحية، سعت تايلاند إلى تحقيق تغطية صحية شاملة من خلال أربعة مخططات مختلفة. وتتلقى الرعاية الصحية في تايلاند التمويل من خلال الضرائب العامة التي تدفعها ثلاث خطط رئيسية عامة للتأمين الصحي، ورسوم المستخدمين من أموالهم الخاصة وبعض من التأمين الخاص. وفي الآونة الأخيرة، تم إعفاء الفقراء وكبار السن والأطفال وذوي الإعاقة من رسوم المستخدم. وخضعت آليات الدفع للتعديل بالتدريج لتشمل النفقات الأخرى وتعتمد نظاما مختلطا للتعويض الفردي، ميزانية إجمالية تحددها المجموعات

التشخيصية ذات الصلة، ورسوم ثابتة لبعض الخدمات. يغطي التعويض الفردي الشامل تكاليف تعزيز الصحة والرعاية الوقائية والعلاجية، بما في ذلك الرعاية من المستوى الأول والثاني والثالث. ويغطي التعويض الفردي الحصري تكاليف تعزيز الصحة والرعاية الوقائية والرعاية الصحية الأولية. ومطلوب من جميع شبكات مزودي العقود - العامة والخاصة على حد سواء - تقديم هذه الخدمات إلى المستفيدين المسجلين. وتم تعيين وحدات مقدمي الرعاية الأولية (PCUs) كمشرفين على الوصول إلى الرعاية للمستفيدين من خدمات رعاية الوحدة (UCS). وبصفة وحدات مقدمي الرعاية الأولية المشرفة، ينتظر منها تزويد الناس في مناطق تجمعهم برعاية مستمرة وشاملة من خللا اعتماد مقاربة شاملة.

وتعد وحدات الرعاية الأولية التعاقدية (PCUs) مرافق للرعاية الصحية الأولية تقدم خدمات صحية علاجية وتعزيزية ووقائية وتأهيلية مثل الرعاية الإسعافية والرعاية المنزلية والرعاية المجتمعية. وتعتبر وحدات الرعاية الثانوية التعاقدية (SCUs) مرافق صحية تقدم خدمات الرعاية الثانوية، خاصة الخدمات الصحية للمرضى الداخليين. ويمكن لوحدات الرعاية الثانوية التعاقدية أن تكون عبارة عن مرافق تشمل المستشفيات المجتمعية ومستشفيات الرعاية من المستوى الثالث العامة أو الخاصة. وتوفر وحدات الرعاية من المستوى الثالث التعاقدية (TCUs) رعاية صحية بأسعار باهظة ورعاية متخصصة باستخدام التكنولوجيا المتقدمة. ومن أبرز الدروس المستخلصة من تجربة تايلاند: (أ) أدى الدعم السياسي والاجتماعي القوي للتغطية الشاملة إلى توفير البيئة اللازمة للنمو السريع. وتبين مدى بساطة ونجاعة شعار "30 بات يعالج جميع الأمراض"، وكان مشروع قانون الأمن الصحي الوطني أول مشروع قانون يعرض على البرلمان لأن مقترحه حمل توقيع أكثر من 50000 مواطن، (ب) ساهم تحديد صيغة السداد المناسبة لمقدمي الخدمات من خلال مجموعة من طرق الدفع المحتملة في تحسين مستوى الكفاءة، (ج) كان ممكنا تنفيذ خدمات رعاية الوحدة والنجاح في تحقيق التغطية الوطنية في غضون عام واحد بفضل الإصلاحات المبنية على الاستثمارات السابقة في نظام تقديم الخدمات، و (د) عززت أحكام الحوكمة الرشيدة مشاركة مختلف الأطراف المعنية (Wibulpolprasert & Thaiprayoon, 2008).

تونس: عملت تونس بالتدريج على تطوير نظام صحي يغطي جميع السكان تقريبا. فقد طبقت التأمين الصحي الإلزامي لنسبة كبيرة من السكان، بما في ذلك الموظفين الحكوميين والعاملين في القطاعات الرسمية الأخرى. وفي الآن ذاته، ركز النظام الصحي بشدة على البرامج الوقائية التي تمولها الحكومة بالكامل. ونتيجة لذلك، تم القضاء على بعض الأمراض المعدية، وانخفض بصورة كبيرة معدل الإصابة بأمراض أخرى. ركزت الاستراتيجية التي اعتمدتها تونس لتوسيع نطاق التغطية الصحية على توسيع المجال الجغرافي للتغطية، وذلك من خلال إحداث مرافق الرعاية الصحية الأولية التي يمكن لغالبية

السكان الوصول إليها بسهولة سواء من الناحية الجغرافية أو المالية. كما ركزت الاستراتيجية على الاستثمار في الموارد البشرية الماهرة في قطاع الصحة. وفي الوقت نفسه، ركزت إصلاحات إضافية بقوة على البرامج الوقائية وتوسيع نطاق التغطية من خلال المرافق الصحية الأولية التي يمكن لجميع السكان الوصول إليها بسهولة سواء من الناحية الجغرافية أو المالية (Arfa & Achouri, 2008).

فيتنام: بدأ العمل بالتأمين الصحي الاجتماعي الإجباري في عام 1992. وفي عام 2003، أحدثت الحكومة صناديق الرعاية الصحية للفقراء (HCFP) لضمان تغطية خدمات الرعاية الصحية لصالح الفقراء والأقليات العرقية في المحافظات التي تعاني الحرمان وسكان المناطق النائية. وكان أمام المحافظات الاختيار بين تنفيذ برامج الرعاية الصحية للفقراء من خلال شراء التأمين الصحي أو عن طريق السداد المباشر للمرافق مقابل الخدمات التي يستفيد منها الفقراء. وتعد حزمة المزايا التي تستفيد منها هذه الفئة سخية للغاية وتغطي تكاليف الاستشارات الطبية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل أثناء العلاج في المرفق الصحي والتحاليل المخبرية والتصوير التشخيصي وتقنيات التشخيص الأخرى والأدوية المدرجة في القائمة التي تحددها وزارة الصحة والدم وعمليات نقل الدم والإجراءات الطبية والجراحية واستخدام المعدات الطبية وأسرة العلاج وفحوصات ما قبل الولادة والمساعدة في الولادة. لكن توسيع نطاق التغطية لعامة السكان لم يرق إلى مستوى التطلعات. بذلت الحكومة جهودا جبارة - مثل توفير بطاقات التأمين الصحي المدعومة للفقراء وفرض رعاية صحية مجانية للأطفال - في محاولة منها للنهوض بمستوى التغطية في صفوف الفئات الضعيفة. والنظام الصحي في فيتنام قائم تنظيميا على أربعة مستويات: وزارة الصحة، ومكاتب الصحة الجهوية، والمراكز الصحية المحلية (DHCs)، والمستوصفات الصحية في البلدات (CHSs). وكانت استراتيجية الإصلاح الناجح لنظام التأمين الصحي في فيتنام جزءا من سياسات أخرى أوسع نطاقا تروم القضاء على الفقر. وفي وقت لاحق استقلت الاستراتيجية بذاتها واصبحت بمثابة برامج تمويل صحية قائمة بذاتها لخدمة الفقراء وباقي الفئات المستهدفة، بما في ذلك الطلاب والأطفال. ويتمثل هدف الحكومة في توفير تغطية شاملة للتأمين بحلول عام 2010 من خلال مزيج من التأمين الصحي الإلزامي والتأمين الصحي المستهدف للفقراء وخطط التأمين الطوعي (Ekman & Bales, 2008).

أستراليا: يعتبر الأطباء العامون بمثابة مشرفين ويعملون في الغالب لحسابهم الخاص. لا يطلب من المرضى القيد لدى طبيب عام، لكن لا يغطي برنامج Medicare سوى الرعاية المتخصصة تبعا لإحالة من الطبيب العام. ويتلقى الأطباء العامون تعويضات على أساس الرسوم مقابل الخدمة (FFS) ويتلقون أيضا حوافز في حالة الوفاء بمعايير الاعتماد الخاصة بالكلية الملكية الأسترالية للممارسين العامين. وثلثا عدد أسرة المستشفيات في البلد تابعة للقطاع العام، والباقي تابعة للمستشفيات الخاصة والمستشفيات غير الهادفة للربح. ويتقاضى الأطباء رواتبهم مقابل عملهم في المستشفيات العامة ويتم

دفع أجورهم على أساس الرسوم مقابل الخدمة التي يقدمونها لمرضاهم من القطاع الخاص، أو يؤدون معظم عملهم في المستشفيات الخاصة ويتلقون تعويضات على أساس الرسوم مقابل الخدمة عند معالجة المرضى من المستشفيات العامة (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

فرنسا: تعتمد فرنسا نظام التأمين الصحي الرسمي الشامل (SHI) الذي يغطي جميع المقيمين. ويستفيد معظم السكان من تأمين صحي خاص لتغطية التزامات تقاسم التكاليف هذه، ولكن هناك العديد من المدفوعات المشتركة الإضافية التي لا يمكن سدادها من قبل الجهات المقدمة لخطط التغطية الخاصة. ويمكن كذلك الاستفادة من التأمين الصحي الخاص التكميلي الذي يغطي الخدمات غير المدرجة في حزمة المزايا التابعة للتأمين الرسمي من طرف الجهات المقدمة غير الربحية والخاصة. والأطباء المزاولون لعملهم في المستشفيات يتقاضون راتبا مقابل عملهم، ويعتمد نظام السداد في المستشفى على مجموعات متعلقة بالتشخيص (DRGs). والنظام قائم لدرجة كبيرة على أنظمة الحاسوب، وذلك منذ اعتماد البطاقة الذكية للتأمين الصحي المعروفة باسم Carte Vitale قبل أكثر من عشر سنوات. وفي معظم الحالات، يتعين على المرضى دفع رسوم ثابتة عند كل زيارة لطبيب عام. ومعظم الأطباء العامون (68%) والعديد من المتخصصين (51%) يعملون لحسابهم الخاص، ويعمل معظمهم في عيادات خاصة. ويتلقون تعويضات على أساس الرسوم مقابل الخدمة. ويقدم الأطباء المستقلون معظم خدمات الإسعاف والمستشفيات الخاصة. ويدفع المرضى مباشرة مقابل الخدمة ثم يتلقون تعويضا جزئيا من خلال نظام التأمين الصحي الرسمي. ويرى البعض أن النظام الصحي الفرنسي هو الأفضل في العالم، وذلك بحكم تغطيته الشاملة وسرعة الوصول إلى العلاج والمستوى العالي للرضا الذي يبديه المرضى (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

ألمانيا: تعتمد ألمانيا خطة التأمين الصحي الرسمي (SHI) التي تغطي جميع المواطنين العاملين. ويتم توفير التأمين الصحي الرسمي من قبل 134 صندوق تأمين صحي غير هادف للربح، ومصدر تمويلها هو المساهمات الإلزامية للموظفين/ المتقاعدين. وهناك مدفوعات مشتركة لخدمة إقامة المرضى الداخليين والمنتجات الطبية. وعادة ما يعمل الأطباء من خلال الممارسة الخاصة – ما يناهز 60% منهم يزاولون في عيادات خاصة و 25% يمارسون على جهتين. والقيد عند طبيب عام ليس إجباريا والأطباء العامون لا يتمتعون بصفة الإشراف. وما يناهز نصف إجمالي عدد أسرة المستشفيات توفرها من المستشفيات العامة والثلث توفره المستشفيات الخاصة غير الهادفة للربح. ويعتبر موظفو المستشفى في الأساس أطباء يؤدون عملهم مقابل راتب. يتم دفع تكاليف رعاية المرضى الداخليين عند القبول من خلال نظام للمجموعات المتعلقة بالتشخيص (DRGs). وعادة لا يعالج أطباء المستشفيات المرضى من العيادات الخارجية. وتناقش الرابطات الجهوية للأطباء وأخصائيي العيادات الخارجية العقود مع شركات التأمين الصحي نيابة عن أعضائها. ويتلقة الأطباء تعويضاتهم عموما على أساس الرسوم مقابل

الخدمة، عن طريق تفاوض الرابطة الجهوية مع نظام التأمين الصحي الرسمي (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

إيرلندا: تجري الحكومة الإيرلندية في الوقت الراهن عملية إعادة هيكلة كبيرة لنظامها الصحي، إذ أنها تسعى لتطوير نظام للتأمين الصحي الإلزامي لجميع المواطنين، ويعرف أيضا باسم التأمين الصحي الشامل (UHI). والرعاية الصحية يتم تمويلها إلى حد كبير من خلال الضرائب العامة، على الرغم من تدني مستواها بالمقارنة مع باقي دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وتوفر الخدمة الصحية الوطنية في إيرلندا تغطية شاملة لجميع السكان على مستوى بعض الخدمات، وتبقى الرعاية المجانية مقتصرة فقط على ذوي الدخل المنخفض. ويتم تحديد استحقاق الفرد للخدمات على أحد مستويين يتم تحديدهما من خلال اختبار الوسائل. ويتوجب على كل من لا يتوفر على بطاقة زيارة الطبيب العام أو البطاقة الطبية (ما يقارب 60 في المائة من السكان) دفع التكلفة الكاملة على جميع خدمات الرعاية الأولية تقريبا، والحد الأدنى لرسوم العلاج في المستشفى، وما يصل إلى 108 جنيهات إسترلينية شهريا للوصفات الطبية. ولا يتم تقديم تغطية الرعاية الأولية الشاملة. وتعتبر الهيئة التنفيذية للخدمات الصحية (HSE) الجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية. وتقوم هذه الهيئة على أربع مناطق إدارية جهوية: المنطقة الغربية، والمنطقة الجنوبية، ومنطقة دبلن/ الشمال الشرقي، ومنطقة دبلن/ ميد لينستر. ومنذ عام 2013، تم إنشاء مديريات جديدة – للصحة والرفاهية، ومستشفيات الحالات الحادة، والرعاية الأولية، والرعاية الاجتماعية، والصحة النفسية، والإشراف على جميع التطورات الخدمية. والأطباء العامون يعملون لحسابهم الخاص، ويعملون في معظم الأحيان في عيادات خاصة. ويمكن تصنيف المستشفيات في ثلاث أنواع. فيمكن أن تكون في ملكية الهيئة التنفيذية للخدمات الصحية ويتم تمويلها من خلال الضرائب العامة، أو خاضعة لتسيير خاص (عادة من قبل الكنيسة الكاثوليكية الرومانية) ويتم تمويلها من خلال الضرائب العامة، أو خاصة بالكامل وتتوخى الربح (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

اليابان: يوفر نظام التأمين الصحي في اليابان تغطية شاملة، حيث يستفيد أكثر من 70% من البالغين من شكل من أشكال التأمين الصحي الخاص المرتبط بسياسة تأمينهم على الحياة. وتمويل الرعاية الصحية للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 75 عاما (60% من السكان) تتم من خلال نظام التأمين الصحي للموظفين وأسرهم ومن خلال نظام وطني للتأمين الصحي (NHI) بالنسبة للعاملين لحسابهم الخاص والمتقاعدين والعاطلين عن العمل (40%) . وتحدد الحكومة المركزية الخدمات الصحية التي يمكن أن يغطيها التأمين الصحي. وتشمل هذه الخدمات العلاج الطبي والأدوية الموصوفة والإقامة غير المحدودة في المستشفيات والعناية بالأسنان. وجميع خدمات الرعاية الصحية تستلزم السداد التشاركي في وقت الولوج إلى خدمة العلاج. ويعد نظام السداد في اليابان على امتداد فترة طويلة نظام الرسوم

مقابل الخدمة. يعتمد السداد للطبيب على جدول رسوم وطني موحد. وفي عام 2003، تم اعتماد نظام يعرف باسم إجراء التشخيص المشترك. وهو عبارة عن دفعة ثابتة من الرسوم اليومية تنخفض بمرور الوقت وهي مصممة بهدف عدم التشجيع على الإقامة المطولة في المستشفى. وتقدم الرعاية الأولية والمتخصصة في العيادات ولا تعتبران تخصصين مستقلة بذاتهما. ليس هناك إشراف على المعلومات ولا يحتاج المرضى للتسجيل لدى طبيب رعاية أولية معين للاستفادة من العلاج. تعتمد اليابان إلى حد كبير على الرعاية في المستشفيات، مع وجود عدد كبير من الأسرة في المستشفيات، وطول متوسط مدة الإقامة في المستشفيات، ومعدلات استخدام عالية (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

هولندا: كان الهدف من الإصلاحات في هولندا اعتماد نظام تأمين صحي موحد. فمنذ عام 2006، كان على الهولنديين شراء تأمين صحي رسمي من مجموعة من شركات التأمين الخاصة غير الهادفة للربح. والتغطية شبه شاملة، بحيث تبلغ نسبة السكان غير المؤمن عليهم أقل من 0.2%. يتم تمويل نظام التأمين الصحي الخاص الرسمي من خلال أقساط "اسمية" تحددها شركة التأمين ويبلغ متوسطها حوالي 1000 جنيه إسترليني سنويا، وكذلك من خلال المساهمة على أساس الدخل يتم يغطيتها في المقام الأول أرباب العمل، على الرغم من أنه يجب على العمال دفع الضرائب على المساهمة التي يدفعها رب العمل. ويتم تجميع الأموال من خلال نظام مركزي ويتم توزيعها على شركات التأمين بناء على صيغة لنصيب الفرد معدلة حسب المخاطر. ولا تتضمن حزمة المزايا الموحدة الرعاية الوقائية ولكن يتم دفعها بشكل منفصل من قبل الحكومة من خلال الضرائب العامة. وتقدم بعض شركات التأمين حوافز مالية لتشجيع الناس على شراء الرعاية الصحية من الجهات المقدمة للخدمات المشتركة في شبكتها. والتغطية تكون على أساس فردي. وتحدد الحكومة الرسوم اللازم دفعها. ويجب على شركات التأمين فرض أقساط أسعار المجتمع وقبول أي متقدم بطلب للتغطية الأساسية. والإعانات الضريبية متاحة لحاملي وثائق التأمين ذوي الدخل المنخفض. يدفع حاملو الوثائق قسطًا ثابتا بشكل مباشر إلى شركة التأمين الخاصة بهم. والتعويضات عبارة عن مزيج بين التعويضات والرسوم مقابل الخدمة والمدفوعات المجمعة، والتي يتم اعتمادها في بعض الحالات المزمنة. وبعض رسوم الرعاية الأولية يتم تحديدها على المستوى الوطني، في حين أن البعض الآخر قابل للتفاوض بحرية. ويتم دفع تكاليف الرعاية في المستشفى من خلال المدفوعات المجمعة المتعلقة بالتشخيص (منذ 2005)، ويتم التفاوض بخصوص التعريفات من قبل شركات التأمين ومقدمي الخدمات. يعتمد النظام على إشراف الطبيب العام على المعلومات، وهذا يعني أنه يتعين على المرضى توفر إحالة قبل زيارة أخصائي. والممارسون العامون هم في الغالب متعاقدون مستقلون. وفيما يلي أبرز الدروس المستخلصة من تجربة هولندا: (أ) تبين التجربة الهولندية في إصلاح قطاع الصحة أنه من الممكن تحقيق التغيير الجذري في النموذج الأساسي لتمويل الخدمات الصحية، و (ب) لكن لم يتحقق هذا فجأة مثل "الانفجار العظيم"، بل لزم

هولندا أكثر من 20 عاما لتوحيد نظم التأمين الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص في برنامج واحد (Okma, 2018).

كوريا: تعتمد كوريا برنامج تأمين صحي وطني رسمي (NHI) يوفر تغطية شاملة. ولدى ما يقارب ثلاثة أرباع (76%) السكان تأمين خاص لتغطية الالتزامات المتعلقة بتقاسم التكاليف في النظام العام، ويمكن للخطط الخاصة كذلك تغطية بعض الخدمات الإضافية. ويتلقى البرنامج الوطني للتأمين الصحي الإلزامي التمويل من خلال الجمع بين مساهمات الموظفين وأرباب العمل، والمدفوعات الحكومية (بما في ذلك الإيرادات الضريبية العامة والمساهمات الحكومية بصفتها الجهة المشغلة لموظفي الخدمة المدنية)، والنفقات الشخصية. ويتعين على المرضى دفع نسبة مئوية من تكاليف الرعاية الخاصة بهم. وتبلغ هذه النسبة 20% بالنسبة لتكاليف المرضى الداخليين، وتتراوح معدلات رعاية المرضى الخارجيين بين 30% و 60%. وبعض الفئات التي يغطيها التأمين لا تندرج ضمن التزامات تقاسم التكاليف. ويتقاضى أطباء الرعاية الأولية تعويضات بناء على مبدأ الرسوم مقابل الخدمة. كما يتم الدفع للمستشفيات على أساس الرسوم مقابل الخدمة ومن خلال مدفوعات الحالات التي تدخل ضمن المجموعات المتعلقة بالتشخيص. وتوفر معظم (حوالي 90%) خدمات الرعاية الأولية في كوريا من قبل جهات خاصة ومستقلة لتقديم الخدمات تمارس عملها على أساس ممارسات فردية وجماعية. ولا يتمتع الممارسوم العامون بوظيفة الإشراف على المعلومات، لذلك يمكن للمرضى الوصول بسهولة إلى الرعاية التي تقدمها المستشفيات دون إحالة من الممارس العام. يتم تحديد تقديم الخدمة بناء على اهتمامات مقدم الخدمة، وتركز الرعاية الأولية على الخدمات العلاجية بدلا من الخدمات الوقائية أو التعزيزية. وتخضع المستشفيات في كوريا عادة لتسيير أطباء أو جامعات أو مجموعات دينية أو منظمات غير حكومية. ورغم كونها في الغالب خاصة، إلا أن القانون الطبي لعام 2009 لا يسمح لها بالتمتع بصفة مرافق هادفة للربح. لكن يمنح مالكو ومديرو المستشفيات هامشا كبيرا من الاستقلالية في إدارة مرافقهم على النحو الذي يرونه ملائما، وهذا ما جعل الكثير من هذه المرافق تتصرف وكأنها مؤسسات تتوخى الربح (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

السويد: يوفر النظام الصحي السويدي تغطية شاملة لجميع المقيمين بشكل قانوني. ويتم تمويل معظم الرعاية الصحية في السويد من قبل الحكومة على المستوى الوطني وعلى مستوى البلديات ومجالس المقاطعات (82%)، والباقي يدفعه القطاع الخاص. ومصدر التمويل الحكومي يتمثل بالأساس في الضرائب على الدخل التي تفرضها البلديات ومجالس المقاطعات، فضلا عن بعض الإيرادات الضريبية الوطنية وغير المباشرة. ويجب على المرضى دفع مبلغا تشاركيا عند كل زيارة للرعاية الصحية والإقامة في المستشفى. ويتم تحديد مستوى تقاسم التكلفة على المستوى المحلي ويختلف من منطقة لأخرى في البلد. والنظام الذي تموله الحكومة شامل ويغطي الرعاية الأولية والرعاية المتخصصة

للمرضى الداخليين والخارجيين والرعاية الطارئة والأدوية الموصوفة والرعاية الصحية العقلية وخدمات إعادة التأهيل والصحة العامة والخدمات الوقائية وخدمات دعم الإعاقة ونقل المرضى ورعاية الأسنان للأطفال والشباب وجزء كبير من تكلفة العناية بالأسنان للبالغين. ويدفع مجلس المقاطعة ثمن الوصفات الطبية للمرضى الداخليين بالكامل. لا يتعين على الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 20 عاما دفع الرسوم التشاركية عند زيارة الطبيب وويستفيدون من رعاية مجانية للأسنان. ويتم تمويل مقدمي الرعاية الأولية من خلال الجمع بين نصيب الفرد والرسوم مقابل الخدمة وبعض المدفوعات المستندة إلى الأداء. تختلف طريقة الدفع للمستشفيات من مقاطعة لأخرى، لكن الآليات الأكثر شيوعا هي الميزانيات العامة أو مزيج من الميزانيات العامة، ومدفوعات الحالات التي تدخل ضمن المجموعات المتعلقة بالتشخيص، والمدفوعات المتعلقة بالأداء. وتضطلع مجالس المقاطعات/ المناطق بمسؤولة تنظيم وتوفير الخدمات الصحية في مناطقها، وتلعب الحكومة الوطنية دور الجهة المشرفة والمراقبة. وما يقارب ثلث ممارسات الرعاية الأولية في البلد البالغ عددها 1100 تدخل ضمن نطاق الممارسات الخاصة. ويزاول الممارسون العامون وباقي موظفي الرعاية الأولية في المرافق العامة والخاصة مقابل راتب شهري. ولا يتمتع الممارسون العامون بدور إشرافي، لكنهم في العموم أول جهة يتواصل معها الأشخاص الراغبون في الحصول على الرعاية. ومعظم المستشفيات عامة وتخضع لإدارة مجالس المقاطعات. ومعظم المتخصصين وباقي موظفي المستشفيات يتقاضون رواتب شهرية. وفيما يلي أبرز الدروس المستخلصة من تجربة السويد: (أ) يتميز نظام الرعاية الصحية السويدي بطابع اللامركزية الواضح جدا، حيث تتركز سلطة اتخاذ القرار على مستوى مجالس المقاطعات والبلديات، و (ب) بدأت الحكومة المركزية في لعب دور أقوى، وحددت فترات الانتظار على المستوى الوطني من أجل تقليل المشكلات المرتبطة بفترات الانتظار الطويلة (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

الولايات المتحدة الأمريكية: نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة ليس شاملا. فهناك فجوات كبيرة في التغطية، لا سيما في صفوف الشباب والأمريكيين ذوي الدخل المنخفض، وفي عام 2012 بلغت نسبة غير المستفيدين من أي تأمين من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 64 عاما ما يقارب 21%. ويمكن لغير المؤمن عليهم أيضا الاستفادة من الرعاية من خلال المستشفيات العامة والمراكز الصحية المجتمعية الممولة من الحكومة وبعض مقدمي الخدمات من القطاع الخاص الذين يقدمون الرعاية الخيرية. ويختلف أسلوب الدفع حسب نوع التأمين، ويمكن لنفس الطبيب أن يتلقى تعويضات بطرق مختلفة من قبل مختلف شركات التأمين العامة والخاصة. وثمة بعض ترتيبات الدفع مقابل الأداء. ويتم الدفع للمستشفيات بعدة طرق، بما في ذلك الرسوم مقابل الخدمة ونصيب الفرد حسب الخدمة المقدمة وشركة التأمين. وبعض أطباء المستشفيات يتلقون راتبا شهريا مقابل عملهم، لكن معظمهم يتقاضون رواتبهم على أساس الرسوم مقابل الخدمة. يعمل معظم أطباء الرعاية الأولية

والمتخصصين في عيادات خاصة صغيرة ولا يوجد نظام رسمي للإشراف على المعلومات المتعلقة بالرعاية الأولية، باستثناء بعض خطط الرعاية الخاضعة للإدارة (Robertson, Gregory, & Jabbal, 2014).

تركيا: حققت تركيا تحسنا ملحوظا في وضع قطاع الصحة في العقود الثلاثة الماضية، لا سيما بعد تنفيذ برنامج التحول الصحي (HTP). وخضع نظام الرعاية الصحية التركي لعملية إصلاح بعيدة المدى بدأت منذ عام 2003 وحدثت تغييرات جذرية على مستوى توفير وتمويل خدمات الرعاية الصحية. ويتم في الوقت الراهن تمويل الخدمات الصحية من خلال برنامج الضمان الاجتماعي الذي يغطي غالبية السكان، الخطة العامة للتأمين الصحي (GHIS)، ويتم توفير الخدمات من قبل المرافق التابعة للقطاعين العام والخاص. وأصبحت مؤسسة الضمان الاجتماعي (SSI)، الممولة من مدفوعات أرباب العمل والموظفين ومن المساهمات الحكومية في حالة حدوث عجز في الميزانية، تمتلك لوحدها سلطة شراء (المشتري الوحيد) خدمات الرعاية الصحية. من ناحية تقديم الخدمات، فإن وزارة الصحة هي الفاعل الرئيسي وتوفر الرعاية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة من خلال مرافقها في جميع أنحاء البلد. كما أن الجامعات بدورها من الجهات الرئيسية المقدمة للخدمات من الدرجة الثالثة. وفي السنوات الأخيرة زاد مستوى انتشار القطاع الخاص، لا سيما بعد أن مهدت الترتيبات الطريق أمام القطاع الخاص لتقديم الخدمات لمؤسسة الضمان الاجتماعي. وتجلت أبرز الإصلاحات منذ عام 2003 في تحسن الوضع الصحي للمواطنين، واعتماد نظام المعلومات الخاص بالصحة العامة، والحث على الفصل بين المشتري والمقدم في نظام الرعاية الصحية، واعتماد نظام طبيب الأسرة على الصعيد الوطني، واعتماد نظام الدفع على أساس الأداء في مستشفيات وزارة الصحة، ونقل ملكية غالبية المستشفيات العامة إلى وزارة الصحة (Tatar et al, 2011).

إيطاليا: نظام الرعاية الصحية في إيطاليا عبارة عن خدمة صحية وطنية جهوية توفر تغطية شاملة مجانية إلى حد كبير في نقطة تقديم الخدمة. والمصدر الرئيسي للتمويل هو الضرائب الوطنية والجهوية، تكملها المدفوعات التشاركية لتغطية أسعار الأدوية ورعاية المرضى خارج المستشفيات. واستأثرت الموارد العامة بحصة 78.2% من إجمالي الإنفاق على الصحة. وبينما تلعب الحكومة المركزية دور الجهة المشرفة، إذ أنها تحدد المبادئ والأهداف الأساسية للنظام الصحي وتحدد الحزم الأساسية للخدمات الصحية المتاحة لجميع المواطنين، فإن الجهات الترابية مسؤولة عن تنظيم وتقديم خدمات الرعاية الصحية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة فضلا عن الخدمات الوقائية وتعزيز الصحة. وفي ظل القيود الاقتصادية القائمة في الوقت الراهن التي تتطلب احتواء أو حتى تقليل نفقات الرعاية الصحية، فإن التحدي الأكبر أمام النظام الصحي يتمثل في تحقيق أهداف الميزانية دون المساس بمستوى توفير الخدمات الصحية للمرضى. وهذا التحدي يرتبط بالأساس بالتحدي الرئيسي الآخر

المتمثل في ضمان العدالة في مختلف مناطق البلد، حيث لا تزال هناك فجوات على مستوى تقديم الخدمات وأداء النظام الصحي. وتتمثل بعض القضايا الأخرى القائمة في ضمان كفاءة المهنيين الذين يديرون المرافق، وتعزيز الممارسات الجماعية والنماذج الأخرى لتنظيم الرعاية المتكاملة على مستوى الرعاية الأولية، والحرص على أن لا يساهم تركيز الرقابة التنظيمية حسب المناطق لمقدمي الرعاية الصحية في عرقلة الابتكار (Ferré et al, 2014).

المرفق 2: أبرز المؤشرات الديمغرافية والصحية في البلدان التي نجحت في إصلاح نظمها الصحية (2019 أو أحدث سنة متاحة بشأنها البيانات)

البلدان	السكان (بالآلاف)	نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار)	النفقات على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي)	النفقات على الصحة (نصيب الفرد بالدولار)	حصة الحكومة من الإنفاق على الصحة (%)	الإنفاق من المال الخاص، % من إجمالي الإنفاق على الصحة	العمر المتوقع (السنوات)	معدل وفيات الرضع	نسبة الأطباء (لكل 1000)
تشيلي	18952	14897	9.0	1382	50.1	33.5	80	6	2.6
كولومبيا	50339	6432	7.2	459	67.8	16.3	77	12	2.2
كوستاريكا	5048	12238	7.3	869	73.5	21.3	80	8	2.9
إستونيا	1327	23660	6.4	1300	74.7	23.7	78	2	4.5
جمهورية قرغيزستان	6457	1309	6.2	79	38.0	56.4	71	16	2.2
سريلانكا	21803	3853	3.8	159	43.0	49.8	77	6	1.0
تايلاند	69626	7808	3.8	247	76.1	11.2	77	8	0.8
تونس	11695	3318	7.2	251	57.1	39.1	77	15	1.3
فيتنام	96462	2715	5.5	130	48.6	45.3	75	16	0.8
أستراليا	25364	54907	9.2	5332	68.9	18.2	83	3	3.7
فرنسا	67060	40494	11.3	4380	77.1	9.4	83	4	3.3
ألمانيا	83133	46259	11.3	5033	77.7	12.7	81	3	4.2
إيرلندا	4941	78661	7.2	4977	73.3	12.3	82	3	3.3
اليابان	126265	40247	10.9	4169	84.1	12.9	84	2	2.4
هولندا	17333	52448	10.1	4911	64.4	11.1	82	4	3.6
كوريا الجنوبية	51709	31762	7.6	2283	57.4	33.7	83	3	2.4
السويد	10285	51610	11.0	5905	83.7	15.0	83	2	4.0
الولايات المتحدة	328240	65118	17.1	10246	50.2	11.0	79	6	2.6

المصدر: إحصاءات التغذية الصحية والسكان، البنك الدولي، 2020.

المرفق 3: مجالات الإصلاح التي غطتها أفضل الممارسات أو البلدان الناجحة وفقا لبيانات دولية

البلدان	الحوكمة والريادة	التمويل	تقديم الخدمات	الموارد البشرية	الإمدادات والتكنولوجيا الطبية	نظم المعلومات الصحية
تشيلي	√	√	√			
كولومبيا	√	√	√			
كوستاريكا	√	√	√			
الإكوادور	√	√	√			
إستونيا		√	√			
جمهورية قرغيزستان	√	√	√			√
سريلانكا	√	√	√			
تايوان	√	√				
تايلاند	√	√	√			
تونس		√	√	√		
فيتنام	√	√				
أستراليا		√	√			
فرنسا		√				√
ألمانيا		√	√			
إيرلندا		√	√			
اليابان		√				
هولندا	√	√				
نيوزيلاندا	√	√	√			
كوريا الجنوبية		√				
السويد		√	√			
الولايات المتحدة						
تركيا	√	√	√		√	√

المصدر: المعلومات من تجميع المؤلفين.

المرفق 4: مسح تقييم النظام الصحي

السادة المشاركون،

مرحبا بكم في المسح الذي يحمل عنوان "مسح تقييم النظام الصحي"، والذي يجريه مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)، وهو جهاز متفرع من منظمة التعاون الإسلامي (OIC)، بالشراكة مع البرنامج الليبي للإدماج والتنمية (LPRD). يتمثل الهدف من المسح في جمع معلومات حول مختلف جوانب النظام الصحي الليبي. وسيتم استخدام البيانات المتحصل عليها كمدخل هام في تقييم الجوانب المختلفة للنظام الصحي في ليبيا وتحديد المجالات التي تستدعي الإصلاح.

ستكون مشاركتكم في هذا المسح تطوعية. وستبقى جميع المعلومات التي سيتم الحصول عليها من خلاله سرية، وستُستخدم لبلورة مقترحات الإصلاح المناسبة في عملية إصلاح النظام الصحي في ليبيا. وإذا لم ترغبوا في المشاركة في هذا المسح، فيمكنكم تركه في أي مرحلة من المسح.

يُتوقع ملء المسح من قبل كبار المسؤولين والعاملين في مجال الصحة من السلطات الوطنية ذات الصلة والمستشفيات ومكاتب إدارة شؤون الصحة الأخرى. ويرجى عدم كتابة اسمكم أو تقديم أي معلومات تحدد هويتكم في المسح.

وهذا المسح مصمم في قسمين. يتضمن القسم الأول أسئلة حول خصائص المجيبين وتقييمهم العام للنظام الصحي. ويطلب منكم القسم الثاني تقييم ستة جوانب رئيسية لنظام الرعاية الصحية. كما يتناول بمزيد من التفصيل بعض القضايا المتعلقة بتقديم الخدمات والموارد البشرية والمعلومات الصحية والإمدادات الطبية والتمويل والحوكمة في ليبيا على مقياس ليكرت (Likert Scale). ويستغرق إكمال المسح ما يقارب 25-30 دقيقة.

للاستفسار أكثر من الاستفسار، يرجى التواصل معنا بنا عبر البريد الإلكتروني research@sesric.org أو tajoury@cahel.org.ly.

نشكركم جزيل الشكر على المشاركة في هذا المسح.

القسم الأول: الخصائص الديموغرافية وتجربة النظام الصحي

1. **الجنس** ( ) أنثى ( ) ذكر

2. **السن**

( ) أقل من 20 سنة

( ) 12-29 سنة

( ) 30-39 سنة

( ) 40-49 سنة

( ) 50-59 سنة

( ) 60 سنة وأكثر

3. **في أي منطقة من مناطق التوزيع الصحي تعملون؟**

( ) الشرقية

( ) بنغازي

( ) الوسطى

( ) الجنوبية

( ) طرابلس

( ) الغربية

4. **في أي مهنة من مهن الصحة تلقيتم تدريبكم؟**

( ) الطب

( ) التمريض

( ) الصيدلة

( ) طبيب أسنان

( ) إدارة الرعاية الصحية

( ) غير ذلك (يرجى التحديد): ....

5. **هل تعملون على أساس منتظم؟**

( ) نعم، أعمل بدوام كامل

( ) نعم، لكن أعمل بدوام جزئي

( ) لا، أنا عاطل

6. **في أي مؤسسة تشتغلون: ....**

7. **ماهي وظيفتكم؟**

( ) طبيب
( ) ممرض/ة
( ) صيدلي/ة
( ) طبيب أسنان
( ) مسؤول إدارة الرعاية الصحية
( ) غير ذلك (يرجى التحديد): ....

8. **كيف تحددون مستوى دخلكم؟**

( ) أقل من متوسط الدخل القومي للفرد
( ) عند متوسط الدخل القومي للفرد تقريبا
( ) فوق متوسط الدخل القومي للفرد

9. **كيف تقيمون جودة وملاءمة الخدمات التي تقدمها مر افق الرعاية الصحية الأولية؟**

( ) غير مرضية بصورة بالغة
( ) غير مرضية
( ) لا مرضية ولا غير مرضية
( ) مرضية
( ) مرضية جدا

10. **كيف تقيمون جودة وملاءمة الخدمات التي تقدمها المستشفيات؟**

( ) غير مرضية بصورة بالغة
( ) غير مرضية
( ) لا مرضية ولا غير مرضية
( ) مرضية
( ) مرضية جدا

11. **كيف تقيمون جودة وملاءمة الخدمات التي تقدمها مر افق الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات الخاصة؟**

( ) غير مرضية بصورة بالغة
( ) غير مرضية
( ) لا مرضية ولا غير مرضية
( ) مرضية

( ) مرضية جدا

12. **كيف تقيمون جودة وملاءمة الأدوية والمعدات الطبية التي تقدمها مر افق الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات العامة؟**

( ) غير مرضية بصورة بالغة

( ) غير مرضية

( ) لا مرضية ولا غير مرضية

( ) مرضية

( ) مرضية جدا

13. **كيف تقيمون مستوى المدفوعات من الجيب في النظام الصحي في ليبيا للحصول على خدمات وأدوية فعالة ومناسبة؟**

( ) منخفض جدا

( ) منخفض

( ) مقبول بما يكفي

( ) عالي

( ) عالي جدا

14. **كيف تقيمون الأداء العام للقطاع الصحي الخاص في ليبيا؟**

( ) غير مرضي بصورة بالغة

( ) غير مرضي

( ) لا مرضي ولا غير مرضي

( ) مرضي

( ) مرضي جدا

15. **كيف تقيمون الأداء العام للنظام الصحي الليبي؟**

( ) غير مرضي بصورة بالغة

( ) غير مرضي

( ) لا مرضي ولا غير مرضي

( ) مرضي

( ) مرضي جدا

16. **هل تعتقدون أن النظام الصحي الليبي في حاجة إلى إصلاح؟**

( ) نعم

( ) لا

17. **إذا كنتم تعتقدون أن إصلاح القطاع الصحي ضروريا في ليبيا، أي من الأسباب التالية يزيد من هذه الحاجة؟ يرجى التصنيف من 1 إلى 5.**

( ) الأسعار المتزايدة

( ) التوقعات المتزايدة

( ) التوقعات غير المستوفاة

( ) الصراع السياسي

( ) الفساد

( ) غير ذلك (يرجى التحديد)..............................

18. **كيف ترتبون المشاكل التالية المحتملة في النظام الصحي في ليبيا من الأولوية القصوى إلى الأولوية الأقل أهمية في التعامل معها؟ يرجى ترتيب الأولويات من واحد (1) إلى ستة (6).**

( ) إمكانية الوصول

( ) الجودة

( ) السلامة

( ) التكلفة

( ) التغطية

( ) الكفاءة

( ) غير ذلك (يرجى التحديد)..............................

19. **كيف يمكنكم ترتيب الجو انب الستة الرئيسية للنظام الصحي من الأولوية القصوى إلى الأولوية الدنيا، للتخفيف من المشاكل التي يتخبط فيها النظام الصحي الليبي؟ يرجى ترتيب الأولويات من واحد (1) إلى ستة (6).**

( ) تقديم الخدمة

( ) القوى العاملة

( ) نظام المعلومات الصحية

( ) الإمدادات الطبية

( ) التمويل

( ) القيادة والحوكمة

( ) غير ذلك (يرجى التحديد)..............................

القسم الثاني تقييم الجوانب الرئيسية للنظام الصحي الليبي

يهدف هذا القسم من المسح إلى تقييم أداء النظام الصحي الليبي من خلال استعراض الجوانب الرئيسية للنظام الصحي الذي يتسم بالأداء الجيد. ويتم تزويدكم بشرح موجز لكل عنصر، ثم يُطلب منكم تقييم ما إذا كان النظام الصحي الليبي يؤدي جيدا على مستوى الجوانب المعنية أم لا. ويرجى الأخذ بعين الاعتبار تجربتكم مع **النظام الصحي الليبي** على امتداد الأشهر الـ12 الماضية في تقييمكم لأدائه. يرجى قراءة كل عنصر بتأن لتقييم الأداء على مستوى الجوانب الرئيسية واختيار إجابة واحدة تجسد رؤيتكم على نحو أفضل بهذا الخصوص. ويرجى الإدلاء بآرائكم بكل صدق وصراحة على مقياس ليكرت المكون من 5 نقاط.

1. تقديم الخدمة: يعني توفير تدخلات صحية فعالة وآمنة وجيدة لمن يحتاجون إليها، متى وحيثما دعت الحاجة إلى ذلك، بأقل قدر من إهدار الموارد.

كيف تقيمون إجمالي النظام الصحي في ليبيا من حيث إنتاج وتقديم الخدمات الصحية (الوقائية، والعلاجية، والخدمات الصحية الشخصية أو غير الشخصية)؟

	المؤشرات	ضعيف جدا (1)	ضعيف (2)	معتدل (3)	جيد (4)	جيد جدا (5)
A.	**الرعاية الأولية (الوقائية والتعزيزية)**					
1	قادر على تقديم خدمات رعاية أولية فعالة وصحيحة للجميع					
2	القدرة على الوصول إلى الخدمات المطلوبة في جميع الجهات المقدمة للرعاية الأولية					
3	القدرة على التجهيز بأفضل وأحدث التكنولوجيا الصحية					
4	إمكانية الوصول البدني في الجهات المقدمة للرعاية الصحية الأولية					
5	تلبية احتياجات المرضى في حدود زمنية مقبولة					
6	إحالة المرضى وإرسالهم إلى أنسب المرافق والجهات المقدمة للخدمات الصحية					
7	عدد مقدمي الرعاية الصحية الأولية					
8	التوزيع العادل لمقدمي الرعاية الصحية الأولية في مختلف البلدان والمناطق					
9	إمكانية وصول سكان الريف إلى مقدمي الرعاية الصحية الأولية					
10	الحالة المادية لمرافق الرعاية الصحية الأولية					

11	التنسيق بين مرافق الرعاية الصحية الأولية ومستشفيات الإحالة					
12	توفير المواد والأدوية الفعالة والجيدة اللازمة لمرافق الرعاية الصحية الأولية					
13	مستوى رضا المواطنين عن مرافق الرعاية الصحية الأولية					
14	توافر الخدمات الوقائية والعلاجية لصحة الأم والوليد والطفل					
.B	**الرعاية الثانوية والثالثية (العلاج)**					
15	قادر على تقديم العلاج الفعال والصحيح في المستشفيات					
16	القدرة على الوصول إلى الخدمات العلاجية المطلوبة في جميع المستشفيات					
17	القدرة على تجهيز المستشفيات بتكنولوجيا صحية أفضل ومتقدمة					
18	عدد المستشفيات					
19	التوزيع العادل للمستشفيات في مختلف البلدان والمناطق					
20	وصول سكان الريف إلى المستشفيات					
21	مستوى ملاءمة العلاقات الشبكية بين المستشفيات					
22	الحالة المادية لمرافق الرعاية الثانوية والثالثية					
23	إدارة مرافق الرعاية الثانوية والثالثية					
24	توفير المواد والأدوية الفعالة والجيدة اللازمة لمرافق الرعاية الثانوية والثالثية					
25	تزويد مرافق الرعاية الثانوية والثالثية بموظفي رعاية صحية مهرة					
26	مستوى الكفاءة من حيث معدل الشَّغْل					
27	القدرة على تلبية معظم الاحتياجات الصحية للمرضى في نفس المستشفى دون إحالتهم إلى مستشفيات ومناطق أخرى					
28	مستوى رضا المواطنين عن مرافق الرعاية الثانوية والثالثية					
29	تزويد مرافق الرعاية الثانوية والثالثية بأدوية وعقاقير كافية ذات أفضل جودة					

2. القوى العاملة في مجال الصحة: القوى العاملة في مجال الصحة ذات الأداء الجيد هي تلك التي تتسم بقدر عال من الاستجابة في عملها (تلبية انتظارات العملاء من حيث سهولة الوصول، واختيار مقدمي الخدمة، والنظافة... إلخ)، والإنصاف (معاملة الجميع بطريقة مقبولة) والفعالية لتحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة.

كيف تقيمون الوضع الراهن للقوى العاملة في مجال الصحة في ليبيا من حيث:

	المؤشرات	ضعيف جدا (1)	ضعيف (2)	معتدل (3)	جيد (4)	جيد جدا (5)
30	عدد الأطباء					
31	توزيع الأطباء على مختلف المناطق والمدن					
32	عدد الممرضات/ القابلات					
33	توزيع الممرضات/ القابلات على مختلف المناطق والمدن					
34	عدد الصيادلة					
35	توزيع الصيادلة على مختلف المناطق والمدن					
36	جودة وسلامة الخدمات التي يقدمها العاملون في الرعاية الصحية					
37	مستوى استجابة موظفي الرعاية الصحية					
38	مستوى الإنصاف في الخدمات المقدمة من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية					
39	القدرات التعليمية والتدريبية للنظام الصحي					
40	جودة التعليم المستمر للقوى العاملة في مجال الصحة					
41	تحفيز العاملين في مجال الرعاية الصحية					
42	عدد الأطباء والمرضين المتخصصين					
43	مستوى رضا المواطنين عن العاملين في مجال الرعاية الصحية					
44	رواتب العاملين في مجال الرعاية الصحية					

3. المعلومات الصحية: يضمن إنتاج وتحليل ونشر واستخدام معلومات موثوقة وفي الوقت المناسب عن المحددات الصحية وأداء النظام الصحي والوضع في مجال الصحة لاتخاذ قرارات سليمة.

كيف تقيمون الوضع الراهن لنظام المعلومات الصحية (HIS) في ليبيا من حيث:

	المؤشرات	**ضعيف جدا (1)**	**ضعيف (2)**	**معتدل (3)**	**جيد (4)**	**جيد جدا (5)**
45	جودة نظام المعلومات الصحية					
46	موثوقية نظام المعلومات الصحية					
47	قادر على توفير البيانات والمعلومات في الوقت المناسب					
48	قادر على نشر المعلومات					
49	قدرة الموظفين على استخدام نظام المعلومات الصحية					
50	البنية التحتية للمعلومات الصحية					
51	رصد أداء النظام الصحي في الوقت المناسب					
52	إمكانية الحصول على البيانات من كافة المنشآت وعلى كافة المستويات					
53	إنتاج بيانات محدثة عن عبء الأمراض واستخدام الخدمة والنتائج					
54	توافر الموارد البشرية الماهرة من أجل نظام المعلومات الصحية					
55	القدرة على استخدام البيانات والإحصاءات لاتخاذ قرارات أفضل					
56	القدرة على استخدام حلول الصحة الإلكترونية من أجل نظام المعلومات الصحية					

4. الإمدادات الطبية: يكفل النظام الصحي الجيد الأداء الوصول العادل إلى المنتجات الطبية الأساسية واللقاحات والتقنيات المضمونة الجودة والسلامة والفعالية والتكلفة المناسبة، واستخدامها السليم علميا والفعال من حيث التكلفة.

كيف تقيمون الوضع الراهن لنظام الإمداد الطبي في ليبيا من حيث:

	المؤشرات	ضعيف جدا (1)	ضعيف (2)	معتدل (3)	جيد (4)	جيد جدا (5)
57	الوصول إلى الأدوية الفعالة والمنتجات الصيدلانية الأخرى					
58	القدرة على تحمل تكاليف الأدوية الفعالة والمنتجات الصيدلانية الأخرى					
59	توافر الأدوية الفعالة والمنتجات الصيدلانية الأخرى					
60	وصفات علاجات عقلانية بين الأطباء					
61	عدالة توزيع الأدوية والمستلزمات الطبية بين المناطق والمدن					
62	لوائح وإجراءات تتعلق بالأدوية المقلدة					
63	اللوائح الخاصة باستيراد الأدوية					
64	اللوائح الخاصة بالتطبيقات الجيدة لتصنيع الأدوية					
65	لوائح التسعير					
66	لوائح تخزين الأدوية وتوزيعها في جميع أنحاء البلاد					
67	إدارة الإمداد وتنظيم المنتجات الطبية					

5. التمويل: يعبئ نظام التمويل الصحي الجيد الأموال الكافية لمجال الصحة ويحمي الناس من الوقوع في شرك النفقات الكارثية على الصحة من خلال ضمان استخدامهم للخدمات المطلوبة، كما يوفر حوافز لمقدمي الخدمات والمستخدمين ليكونوا على مستوى من الفعالية.

كيف تقيمون الوضع الراهن لنظام التمويل الصحي في ليبيا من حيث:

	المؤشرات	ضعيف جدا (1)	ضعيف (2)	معتدل (3)	جيد (4)	جيد جدا (5)
68	تخصيص أموال كافية للنظام الصحي					
69	عدالة التوزيع بين المناطق والبلديات التي تقدم الرعاية الصحية					
70	دعم البرامج المنقذة للحياة أو البرامج الصحية المعنية بنمط الحياة الصحي ماليا					
71	تقديم حوافز لمقدمي الرعاية الصحية لزيادة القيمة مقابل المال					
72	استخدام طرق سداد فعالة لزيادة الكفاءة بين مقدمي الرعاية الصحية (global budget, DRG, etc.)					
73	استخدام آليات الشراء بشكل استراتيجي لزيادة الكفاءة					
74	إبرام عقود فعالة من حيث التكلفة مع مقدمي الخدمة					
75	تدقيق الفواتير الطبية لمقدمي الخدمات					
76	التمويل العادل والكافي لمرافق الرعاية الصحية الأولية					
77	حماية الفقراء من الإنفاق الصحي الكارثي من خلال القضاء على النفقات المتزايدة من الجيب على الصحة					
78	دفع تكاليف تقنيات رعاية صحية فعالة من حيث التكلفة					
79	فعالية قرارات الشراء					
80	فعالية التقسيم بين المشتري والمزود					

6. القيادة والحوكمة: ينطوي على إعداد أطر سياسية استراتيجية لتمكين النظام الصحي العام من العمل بطريقة فعالة وناجعة وتتسم بالتجاوب من خلال اتخاذ قرارات سليمة وشفافة وخاضعة للمساءلة.

كيف تقيمون أدوار القيادة والحوكمة التي تضطلع بها السلطات والمؤسسات المسؤولة عن النظام الصحي في ليبيا من حيث:

	المؤشرات	ضعيف جدا (1)	ضعيف (2)	معتدل (3)	جيد (4)	جيد جدا (5)
81	وضع رؤية واضحة للنظام الصحي بأكمله					
82	وضع الخطط الاستراتيجية للنظام الصحي ومكوناته					
83	إدارة النظام الصحي ومنشآت الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية					
84	تفويض المسؤوليات والصلاحيات الإدارية والمالية بالشكل المناسب					
85	الشفافية في جميع المستويات والقرارات					
86	إمكانية المساءلة في قرارات معينة					
87	أخذ آراء أصحاب المصلحة الرئيسيين في الاعتبار عند اتخاذ القرارات					
88	قدرة المديرين والإداريين على قيادة وإدارة النظام الصحي					
89	وضع اللوائح المناسبة على جميع المستويات					
90	تحديد حقوق المرضى وحمايتها					
91	مستوى التنسيق بين السلطات الصحية المحلية والبلديات					
92	وضع أو استخدام الحوافز المناسبة للمديرين لإدارة مرافقهم بطريقة فعالة ومسؤولة					
93	دور وزارة الصحة في تخطيط وتنسيق أنشطة النظام الصحي الليبي					

المرفق 5: أسئلة مفتوحة لتقييم لبنات بناء النظام الصحي الليبي خلال المسح النوعي

1. تقديم الخدمة: يعني توفير تدخلات صحية فعالة وآمنة وجيدة لمن يحتاجون إليها، متى وحيثما دعت الحاجة، بأقل قدر من إهدار الموارد.

كيف تقيمون إجمالي النظام الصحي في ليبيا من حيث إنتاج وتقديم مجموعة متنوعة من الخدمات الصحية (الوقائية، والعلاجية، والخدمات الصحية الشخصية أو غير الشخصية)؟

الفعالية (العناية الصحية المناسبة):

السلامة (الجودة الفنية):

الجودة (الجودة الفنية والمكتسبة):

التنافس بين القطاعين العام والخاص:

حرية اختيار مقدم الرعاية الصحية:

ما أفضل الحلول الممكنة لزيادة فعالية وسلامة وجودة تقديم الخدمات الصحية في ليبيا؟

2. القوى العاملة في مجال الصحة: القوى العاملة في مجال الصحة ذات الأداء الجيد هي تلك التي تعمل بطرق تتسم بالتجاوب والإنصاف والفعالية لتحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة.

كيف تقيمون الوضع الراهن للقوى العاملة في مجال الصحة في ليبيا من حيث:

الكم (عدد مهنيي الصحة):

الجودة (ممارسة المهنة وفق المعايير الدولية):

التجاوب (طريقة التواصل مع المرضى):

الإنصاف (معاملة المرضة بإنصاف):

التوزيع (التوزيع العادل بين المناطق بناء على الاحتياجات أو الكثافة السكانية):

ما أفضل الحلول الممكنة للنهوض بالوضع الراهن للقوى لاعاملة في مجال الصحة في ليبيا؟

3. المعلومات الصحية: يضمن إنتاج وتحليل ونشر واستخدام معلومات موثوقة وفي الوقت المناسب عن المحددات الصحية وأداء النظام الصحي والوضع في مجال الصحة لاتخاذ قرارات سليمة.

كيف تقيمون الوضع الراهن لنظام المعلومات الصحية في ليبيا من حيث:

الجودة:

الملاءمة:

الموثوقية:

حسن التوقيت:

نشر المعلومات:

ما أفضل الحلول الممكنة لزيادة فعالية نظام المعلومات الصحية في ليبيا؟

4. الإمدادات الطبية: يكفل النظام الصحي الجيد الأداء الوصول العادل إلى المنتجات الطبية الأساسية واللقاحات والتقنيات المضمونة الجودة والسلامة والفعالية والتكلفة المناسبة، واستخدامها السليم علميا والفعال من حيث التكلفة.

كيف تقيمون الوضع الراهن لنظام الإمدادات الطبية في ليبيا من حيث:

إمكانية الوصول:

السعر:

التوافر:

الوصف الرشيد للأدوية:

الاستعمال الرشيد من طرف المرضى:

التوزيع العادل بين الجهات:

ما أفضل الحلول الممكنة لزيادة فعالية قطاع الإمدادات الطبية والأدوية في ليبيا؟

5. التمويل: يجمع نظام التمويل الصحي الجيد الأموال الكافية لمجال الصحة ويحمي الناس ضد النفقات الكارثية على الصحة من خلال ضمان استخدامهم للخدمات المطلوبة، كما يوفر حوافز لمقدمي الخدمات والمستخدمين ليكونوا على مستوى من الفعالية.

كيف تقيمون الوضع الراهن لنظام التمويل الخاص بالصحة في ليبيا من حيث:

جمع الموارد المالية الكافية:

التوزيع العادل بين المناطق ومرافق الرعاية الصحية:

حماية الفقراء من النفقات الصحية الباهظة:

التسديد مقابل التكنولوجيا الصحية الفعالة من حيث التكلفة:

السخاء في توفير التكنولوجيا الصحية الأساسية والمتقدمة:

نوع التعويضات:

الشراء الاستراتيجي:

تدقيق حسابات الفواتير الطبية التي يصدرها مقدمو الخدمات (إن وجدت):

التمويل العادل والكافي لمرافق الرعاية الصحية الأولية:

توفر أنظمة الحوافز لإنتاج الخدمات الصحية على نحو يتسم بالفعالية والكفاءة:

ما أفضل الحلول الممكنة لزيادة فعالية نظام تمويل الخدمات الصحية في ليبيا؟

6. القيادة والحوكمة: ينطوي على إعداد أطر سياسية استراتيجية لتمكين النظام الصحي العام من العمل بطريقة فعالة وناجعة وتتسم بالتجاوب من خلال اتخاذ قرارات سليمة وشفافة وخاضعة للمساءلة.

كيف تقيمون أدوار القيادة والحوكمة للسلطات والمنظمات المسؤولة عن النظام الصحي في ليبيا من حيث:

التخطيط والتسيير الاستراتيجي:

تفويض السلطة:

الشفافية:

المساءلة:

أخذ آراء مختلف الشركاء في الاعتبار:

ملاءمة التشريعات:

الإدارة الكفؤة والفعالة لمؤسسات الرعاية الصحية:

حقوق المريض:

ما أفضل الحلول الممكنة لزيادة فعالية أدوار القيادة والحوكمة في ليبيا؟

المرفق 6: خارطة الطريق لمقترحات إصلاح قطاع الصحة

جوانب النظام الصحي	الميادين الفرعية	التوصيات	الجهة المسؤولة	الجهة المستفيدة		2022	2023	2024	2025
الحوكمة والريادة	التوجه	وضع توجه واستراتيجية واضحة	وزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين والمواطنين.	x				
الحوكمة والريادة	التوجه	تطوير رؤية ورسالة واضحة لنظام الصحة الليبي	وزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين والمواطنين.	x	x			
الحوكمة والريادة	الرصد	تطوير مؤشرات الجودة والأداء للمستشفات	وزارة الصحة	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	الرصد	تطوير مؤشرات الجودة والأداء لمقدمي الرعاية الأولية	وزارة الصحة	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	الرصد	تطوير مؤشر الأداء لإدارة المستشفيات	وزارة الصحة	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	الرصد	تأطير مفتشين ميدانيين تحت إشراف وزارة الصحة	وزارة الصحة	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية		x			
الحوكمة والريادة	الرصد	وضع "قانون المناقصات العمومية"	رئاسة الوزراء ووزارة الصحة ووزارة المالية	وزارة الصحة ووزارة المالية وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	الرصد	استحداث "منظمات التوريد العمومية"	رئاسة الوزراء ووزارة الصحة ووزارة المالية	وزارة الصحة ووزارة المالية وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	الرصد	زيادة فعالية هيئة تدقيق الحسابات العامة الوطنية	رئاسة الوزراء ووزارة الصحة ووزارة المالية	وزارة الصحة ووزارة المالية وصندوق التأمين الصحي وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	التنظيم	استحداث سلطات إقليمية مستقلة معنية بالصحة	وزارة المالية	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
الحوكمة والريادة	التنظيم	تأطير موظفين إقلميين في قطاع الصحة من أجل المناطق الصحية	وزارة الصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية			x		
الحوكمة والريادة	التنظيم	وضع إجراءات تنسيقية بين وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية	وزارة الصحة والبلديات	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والبلديات	x	x			
الحوكمة والريادة	عملية الإصلاح	تكوين لجنة لكل جانب من جوانب النظام الصحي	وزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x				
الحوكمة والريادة	عملية الإصلاح	الشفافية في عملية إصلاح قطاع الصحة	البرلمان ووزارة الصحة وأصحاب المصلحة الرئيسيين والإعلام.	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x	x	x	x

الحوكمة والريادة	عملية الإصلاح	تطوير برنامج واقعي لعملية تحول النظام الصحي	رئاسة الوزراء ووزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x			
الحوكمة والريادة	عملية الإصلاح	تكوين لجنة تنسيق لمقترحات إصلاح قطاع الصحة	وزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x				
الحوكمة والريادة	عملية الإصلاح	رصد تنفيذ عملية الإصلاح في قطاع الصحة ومنجزاتها	لجنة تنسيق الإصلاحات في القطاع الصحي	وزارة الصحة	x	x	x	x	x
الحوكمة والريادة	التشريع	إعداد قائمة بتشريعات النظام الصحي القائمة وتفحصها وتحديثها	وزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x	x	x	x
الحوكمة والريادة	التشريع	تطوير تشريعات جذرية ومناسبة للنظام الصحي	البرلمان ووزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x			
الحوكمة والريادة	التشريع	تحديث القانون الطبي القائم	البرلمان ووزارة الصحة والجمعيات والمنظمات غير الحكومية	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x			
الحوكمة والريادة	الجهات الفاعلة/ أصحاب المصلحة	كسب ثقة المواطنين	رئاسة الوزراء ووزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x	x	x	x
الحوكمة والريادة	الجهات الفاعلة/ أصحاب المصلحة	إشراك الجهات الفاعلة/ أصحاب المصلحة في عملية إصلاح قطاع الصحة	وزارة الصحة	وزارة الصحة والجهات الفاعلة/ أصحاب المصلحة الرئيسيين	x	x	x	x	x
الحوكمة والريادة	الجهات الفاعلة/ أصحاب المصلحة	تشريعات خاصة بحقوق المرضى وانشاء نظام لشكاوى المرضى	البرلمان ووزارة الصحة	البرلمان ورئاسة الوزراء ووزارة الصحة والشركاء الرئيسيين	x	x			
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف	إدخال أنواع الدفع المشترك بالنسبة للأدوية والخدمات الصحية	صندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والجهات المقدمة من القطاع الخاص والمواطنين وأصحاب المصلحة الرئيسيين		x			
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف	تشجيع استخدام الأدوية الجنيسة	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والجهات المقدمة من القطاع الخاص والمواطنين وأصحاب المصلحة الرئيسيين	x	x	x	x	x
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف	استحداث آلية لتحديد الأسعار الخارجية والداخلية للمستلزمات الطبية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والجهات المقدمة من القطاع الخاص والمواطنين وأصحاب المصلحة الرئيسيين	x	x			
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف	تقديم قائمة إيجابية للأدوية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والجهات المقدمة من القطاع الخاص والمواطنين	x	x			

				وأصحاب المصلحة الرئيسيين					
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف	تكوين لجان للتقييم الاقتصادي للمستلزمات والتكنولوجيا الطبية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة ومنتجي الأدوية ومستورديها	x	x			
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف وفعاليتها	تطوير سياسات للاستخدام العقلاني للأدوية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي	البلد بأسره	x	x	x		
تمويل الصحة	مراقبة التكاليف	اعتماد مدفوعات تشاركية مقبولة ومعقولة التكلفة للخدمات الصحية التي يتم تلقيها من الجهات الخاصة المقدمة للرعاية الصحية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي والجهات المقدمة الخاصة	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والجهات المقدمة من القطاع الخاص والمواطنين وأصحاب المصلحة الرئيسيين		x	x	x	x
تمويل الصحة	الرصد	جمع البيانات عبر الإنترنت من مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص	صندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة		x	x	x	x
تمويل الصحة	الرصد	اعتماد قسم خاص بالرصد وتدقيق الحسابات تحت صندوق التأمين الصحي	وزارة الصحة ووزارة المالية وصندوق التأمين الصحي	وزارة المالية وصندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	x	x	x	x	x
تمويل الصحة	التنظيم	تفعيل وزيادة فعالية صندوق التأمين الصحي	وزارة الصحة ووزارة المالية	وزارة المالية وصندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	x	x			
تمويل الصحة	التنظيم	إحداث فروع جهوية لصندوق التأمين الصحي	وزارة الصحة ووزارة المالية	وزارة المالية وصندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة		x			
تمويل الصحة	الشراء	إبرام عقود مع الجهات الخاصة المقدمة للرعاية الصحية	صندوق التأمين الصحي المحدث	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والجهات الخاصة المقدمة للخدمات الصحية والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة		x			
تمويل الصحة	الشراء	إعداد وتحديث قائمة الأسعار للخدمات والإجراءات التعاقدية	صندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والجهات المقدمة للخدمات الخاصة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	x				
تمويل الصحة	الشراء	تطوير صيغة للتعويض الفردي لمقدمي الرعاية الأولية	صندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والجهات المقدمة للخدمات الخاصة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة والجهات المقدمة لخدمات الرعاية الأولية والمواطنين	x	x			
تمويل الصحة	الشراء	مدفوعات الميزانية العامة للمستشفيات التابعة للجامعات ووزارة الصحة	صندوق التأمين الصحي	صندوق التأمين الصحي ووزارة الصحة والجامعات والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة		x			
تمويل الصحة	توليد الموارد	اعتماد آلية الصندوق المتجدد لجمع الأموال للمستشفيات	وزارة المالية ووزارة الصحة والجامعات	وزارة الصحة والجامعات والمواطنين والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية		x	x	x	x

		التابعة لوزارة الصحة والجامعات							
تمويل الصحة	تخصيص الموارد	إجراء تخصيص الموارد على أساس صيغة محددة	وزارة الصحة ووزارة المالية	صندوق التأمين الصحي وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة والمواطنين		x			
نظام المعلومات الصحية	نظام المعلومات الصحية	تأهيل البيانات	وزارة الصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x	x	x	
نظام المعلومات الصحية	نظام المعلومات الصحية	خارطة طريق تنفيذ مركز المعلومات الصحية	وزارة الصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x	x	x	x
القوى العاملة في مجال الصحة	الإدارة	اختيار مسيري المستشفيات	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية		x	x	x	x
القوى العاملة في مجال الصحة	التخطيط	التخطيط والتنسيق لعملية تدريب الأطباء في بعض التخصصات	وزارة الصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
القوى العاملة في مجال الصحة	التخطيط	إحداث قسم موارد بشرية فعال للموظفين العموميين	وزارة الصحة ووزارة التخطيط	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
القوى العاملة في مجال الصحة	التخطيط	العمل الرسمي في المناطق النائية والريفية للأطباء حديثي التخرج	وزارة الصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية	x	x			
القوى العاملة في مجال الصحة	الرواتب	الزيادة في رواتب مهنيي الرعاية الصحية العاملين لمصلحة العامة	وزارة الصحة ووزارة المالية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والموظفين	x	x			
القوى العاملة في مجال الصحة	الرواتب	اعتماد نظام دفع قائم على الأداء	وزارة الصحة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والموظفين		x	x	x	
الإمدادات والتكنولوجيات الطبية	التنظيم	تحسين سلسلة التجهيزات الطبية وإدارتها	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي ومنظمات الإمدادات الطبية والجهات الخاصة المقدمة للخدمات الصحية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية ومنظمات الإمدادات الطبية	x	x			
الإمدادات والتكنولوجيات الطبية	التنظيم	إعادة تنظيم منظمة الإمدادات الطبية	وزارة الصحة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية ومنظمات الإمدادات الطبية	x	x			
الإمدادات والتكنولوجيات الطبية	التشريع	تشريعات لتسجيل الأدوية وإصدار التراخيص بشأنها وتحديد أسعارها وتوزيعها واستيرادها... إلخ.	وزارة الصحة ومنظمة الإمدادات الطبية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية ومنظمة الإمدادات الطبية وصندوق التأمين الصحي	x	x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التقديم	اعتماد نظام مراكز طبيب الاسرة أو الممارسون العامون في الرعاية الأولية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والموظفين والمواطنين	x	x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التقديم	تصنيف المستشفيات حسب قدراتها الاستيعابية	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والموظفين والمواطنين		x	x	x	

تقديم الخدمة والتنظيم	التقديم	اعتماد مستشفيات جهوية للأبحاث والتدريب	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والموظفين والمواطنين وصندوق التأمين الصحي		x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التقديم	اعتماد مستشفيات وطنية للأبحاث والتدريب	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والموظفين والمواطنين وصندوق التأمين الصحي		x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التقديم	النهوض بدور الصيدليات الخاصة في نشر الأدوية الموصوفة من قبل مقدمي الرعاية الصحية العامة	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي ومنظمات الإمدادات الطبية والجهات الخاصة المقدمة للخدمات الصحية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والمواطنين وصندوق التأمين الصحي والصيدليات الخاصة	x	x	x		
تقديم الخدمة والتنظيم	التقديم	جعل المستشفيات مسؤولة عن توفير الأدوية للمرضى في فترة الإقامة في المستشفيات	وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي ومنظمة الإمدادات الطبية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والمواطنون وصندوق التأمين الصحي	x	x	x		
تقديم الخدمة والتنظيم	التنظيم	تشكيل مجلس للجهات الصحية (BHRs)	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة السلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية وصندوق التأمين الصحي والبلديات		x	x	x	
تقديم الخدمة والتنظيم	التنظيم	إعادة صياغة تعريف دور مقدمي الرعاية الصحية الأولية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة السلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية وصندوق التأمين الصحي والبلديات	x	x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التنظيم	إعادة تحديد أدوار مرافق الرعاية الصحية العامة القائمة على المستويين الأولي والثانوي	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة السلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية وصندوق التأمين الصحي والبلديات	x	x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التنظيم	اعتماد نظام إحالة بين مقدمي الرعاية الصحية العامة	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة السلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية وصندوق التأمين الصحي والبلديات		x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	الشراء	تمكين المستشفيات من اقتناء المستلزمات الطبية والمواد اللازمة من خلال عمليات تقديم العطاءات	وزارة الصحة والجامعات ووزارة المالية ومؤسسة المشتريات العامة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية		x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	التدريب	تدريب موظفي الرعاية الصحية الأولية	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة	وزارة الصحة وسلطات الصحة الإقليمية ومسيري المرافق الصحية والبلديات	x	x	x	x	x
تقديم الخدمة والتنظيم	المستشفيات الجامعية	زيادة مستوى استقلالية المستشفيات الجامعية وتصميم آلية للتمويل	وزارة الصحة ووزارة المالية وصندوق التأمين الصحي والجامعات	وزارة الصحة والسلطات الإقليمية المعنية بالصحة ومسيري المرافق الصحية والجامعات وصندوق التأمين الصحي	x	x	x		

يتخبط نظام الرعاية الصحية القائم في الوقت الراهن في ليبيا في مشاكل وتحديات عويصة،ولا وجود لمعيار موحد يمكن تطبيقه لإصلاح قطاع الصحة، سواء في ليبيا أو في أي مكان آخر. فليس من المنطقي استنساخ تجارب بلدان أخرى دون مراعاة الخصائص المحلية. فالأمر يتطلب في المقام الأول فهما جيدا للقضايا والمشكلات والموارد والقدرات المتاحة لمعالجة كل ما يتعلق بمتطلبات قطاع الصحة. ثم يتعين مراعاة مواءمة كل الأولويات والمبادرات المتعلقة بالإصلاح مع المتطلبات الثقافية والتاريخية والتجارب السابقة التي مر بها النظام الصحي والقدرات والموارد المتاحة والتركيبة السكانية وباقي العوامل التي يتفرد بها البلد. وزيادة على ذلك، ينبغي أن تستند أنشطة إصلاح قطاع الصحة إلى اللوائح القانونية الملائمة وبيئة تعم فيها الشفافية في عملية صنع القرار ، فضلا عن فتح المجال أمام مختلف الأطراف المعنية والمنظمات غير الحكومية للمشاركة في عملية الإصلاح

هذا الكتاب ثمرة لمشروع كبير أطلقه برنامج "بناء" لدعم الجهود المبذولة لإدارة النظام الصحي في ليبيا. ويعرض الكتاب مجموعة من مقترحات الإصلاح على المسؤولين الليبيين. ويوصى أن يتم تعديل قانون الطب المعمول به في الوقت الراهن في ليبيا كأول خطوة في مسار إصلاح قطاع الصحة. وتتمثل بعض التوصيات التي يقدمها هذا الكتاب في إحداث صندوق مستقل للتأمين الصحي لتنفيذ عملية تقاسم المساهمة بين المشتري والمورد، وإعادة تنظيم عملية تقديم الخدمات الصحية من خلال إنشاء سلطات جهوية تتمتع بقدر أكبر من الاستقلالية، والاضطلاع بوظائف القوى العاملة في قطاع الصحة بمزيد من التنسيق والاستناد إلى الأساليب العلمية، والنهوض بنظام المعلومات الصحية، وتنظيم عملية التزويد بالمستلزمات والتكنولوجيات الطبية لتجنب حالات انعدام الفعالية والمشاكل المتعلقة بالتسجيل وتحديد الأسعار وإصدار التراخيص. ويستلزم التنفيذ الفعال للمقترحات المقدمة تحقيق اتساق في الإصلاحات على مستوى الطلب والعرض،زيادة المزايا التي يستفيد منها المواطنون، وحوكمة وقيادة قوية، فضلا عن الالتزام بالتغييرات الناجمة عن الإصلاح


9786257162098